



**Gut versichert ...**

**in der privaten  
Krankenversicherung  
oder der gesetzlichen  
Krankenkasse**

**Offensiv für den Verbraucherschutz im Versicherungswesen**, das ist die Hauptzielrichtung des Bundes der Versicherten (BdV).

Der 1982 gegründete BdV ist mit mehr als 53.000 Mitgliedern inzwischen zu Deutschlands größter unabhängiger und gemeinnütziger Verbraucherschutzorganisation für private Versicherungsfragen herangewachsen. Der BdV erhält weder staatliche noch andere Zuwendungen. Er finanziert sich fast ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen.

Der BdV nimmt sein Wächteramt auf allen Ebenen wahr: Er führt Musterprozesse von grundlegender Bedeutung, um zwischen Versicherern und Verbrauchern für Gerechtigkeit zu sorgen. Auf Initiative des BdV haben sowohl das Bundesverfassungsgericht als auch der Bundesgerichtshof weitreichende Urteile zugunsten der Versicherten gefällt. Diese bahnbrechenden Entscheidungen waren bereits Anlass zu Gesetzeskorrekturen. Sie haben Eingang in das neue Versicherungsvertragsrecht gefunden.

Der Verein informiert Verbraucher mit Broschüren und Merkblättern. BdV-Referenten gehen beispielsweise in Veranstaltungen sowie Betriebe und Schulen, um mit Vorträgen zu informieren. Seine Mitglieder berät der BdV mit Volljuristen und Versicherungsexperten individuell, schriftlich und telefonisch. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 40 Euro im Jahr. Junge Leute bis zum 25. Lebensjahr zahlen nur die Hälfte. Der Jahresbeitrag ist zu 80 Prozent von der Steuer absetzbar.

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

Dass der BdV von Bundesministerien und Bundestag zu Stellungnahmen zu geplanten Gesetzen gebeten und regelmäßig zu Anhörungen eingeladen wird, beweist seine hohe Bedeutung. Der BdV organisiert zudem jedes Jahr eine Wissenschaftstagung, an der sich namhafte Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Rechtsprechung, Verbraucherschutz und Medien beteiligen. Der BdV hat einen wissenschaftlichen Beirat, der eine eigene wissenschaftliche Schriftenreihe Versicherungswissenschaftlichen Studien im Nomos-Verlag herausgibt und auch die jährliche BdV-Wissenschaftstagung veranstaltet.

**Übrigens:** Sie können uns auch im Internet besuchen:  
[www.bundderversicherten.de](http://www.bundderversicherten.de)

**Liebe Leserin,  
lieber Leser,**

in Deutschland muss sich jeder krankenversichern. Wer das trotzdem nicht macht, nimmt erhebliche Risiken in Kauf. Die Versicherung gegen Krankheit kann im wahrsten Sinne des Wortes lebensnotwendig sein.

Viele Länder beneiden uns um unser Gesundheitssystem. Den solidarisch finanzierten Schutz der gesetzlichen Krankenkasse genießen mehr als 70 Millionen Menschen. Wenige können sich ausschließlich privat versichern. Wechseln Sie nicht vorschnell in die Private Krankenversicherung, sondern lassen Sie sich vorher neutral und unabhängig beraten.

Mit diesem Ratgeber sind Sie durch den Bund der Versicherten gut informiert und können dadurch die richtigen Entscheidungen treffen.

Bleiben Sie gesund!

**Ihr BdV-Team**

BdV – Wer ist das?	2
Vorwort	3
Krankenversicherung ist Pflicht	6
<b>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</b>	
Wen versichert die GKV?	8
Was bietet die GKV?	8
Wahltarife der GKV?	9
Wahltarife mit einjähriger Kassenbindung	10
Wahltarife mit dreijähriger Kassenbindung	12
Was kostet die GKV	13
Wie wird mit der GKV abgerechnet?	14
<b>Private Krankenversicherung (PKV)</b>	
Wen versichert die PKV?	15
Was bietet die PKV?	15
Was kostet die PKV?	16
Was ist beim Abschluss wichtig?	18
Was soll im Kleingedruckten stehen?	21
Wie wird mit der PKV abgerechnet?	25
Wie funktioniert ein Tarifwechsel?	26
Was ist ein Basistarif?	27
Was ist ein Standardtarif?	31
Was ist ein Notlagentarif?	33
Was bringen Alterungsrückstellungen?	35
Was ist eine Anwartschaftsversicherung?	38
Wie sehen die wenigen Rückkehrmöglichkeiten zur GKV aus?	41
<b>Gegenüberstellung: GKV – PKV</b>	
Was leisten GKV und PKV im Wesentlichen?	43
<b>Wie richtig versichern als ...</b>	
Single?	48
Familie?	49
Kind?	51
Beamter?	54
Student?	60
Rentner?	64
Arbeitsloser?	65

<b>Was passiert bei Verdienstaufschlag?</b>	
Wie verhält es sich mit dem Beitrag in GKV und PKV?	67
Was ist Krankentagegeld und Krankengeld?	68
Wie im Ausland richtig versichern?	71
Wichtige Kontaktdaten	74

## IMPRESSUM

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

Schutzgebühr 3 Euro (inkl. Versand)  
Verantwortlich i.S.d.P.: Axel Kleinlein

Tel.: 04193 9904-0 (für Mitglieder)  
Tel.: 04193 94222 (für Nichtmitglieder)  
Fax: 04193 94221  
E-Mail: info@bunddersicherten.de  
Internet: www.bunddersicherten.de

Text und Redaktion: Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeiter des BdV

Fotos: istockphoto.com  
Layout: hokahe GmbH, Hamburg  
Druck: mailwork GmbH, Westerrönfeld

Amtsgericht Hamburg, VR 9733  
USt-IdNr. DE118713096

Erscheinungsdatum und Auflage:  
August 2014/1.000 Stück

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



Seit dem 1. Januar 2009 sind alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Das gilt sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung.

**In der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) gelten seit 1. April 2007 diese Regelungen:**

Alle Bürger in Deutschland ohne Absicherung im Krankheitsfall unterliegen wieder der Versicherungspflicht der GKV, wenn sie keinen anderweitigen Versicherungsschutz haben und davor gesetzlich krankenversichert waren. Das gilt auch für Auslandsrückkehrer, die früher in Deutschland zuletzt gesetzlich versichert waren. Ebenfalls besteht die Versicherungspflicht in der GKV für alle, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die dem Bereich der GKV zuzuordnen sind.

**In der privaten Krankenversicherung (PKV) gilt seit 1. Januar 2009:**

Alle Bürger sind verpflichtet eine private Krankheitskostenversicherung abzuschließen, wenn sie weder in der GKV versichert, noch dieser zuzuordnen sind. Sie können sich entweder im Basistarif oder in einem anderen Tarif eines PKV-Unternehmens versichern, der mindestens Leistungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsieht. Die PKV-Unternehmen dürfen keinen Versicherungsberechtigten zurückweisen, der sich im Basistarif versichern will. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind in diesen Fällen nicht erlaubt. Eine Prüfung des Gesundheitszustandes wird dennoch vorgenommen. Diese ist erforderlich, falls später ein Wechsel aus dem Basistarif in einen Normaltarif anstehen sollte.

Zwar ist ein PKV-Unternehmen zur Annahme jedes Antragstellers verpflichtet, der in den Basistarif möchte. Es gibt jedoch auch Ausnahmen:

Der Antrag darf abgelehnt werden, wenn der Antragssteller

- bereits bei diesem PKV-Unternehmen versichert war und
- dieses den Versicherungsvertrag zu diesem Zeitpunkt wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
- vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

Kommen Sie dieser Krankenversicherungspflicht in der PKV verspätet nach, haben Sie einen Beitragszuschlag zu zahlen, wenn der Vertrag erst ab 1. Februar 2009 oder später abgeschlossen wird. Der Zuschlag ist ab Februar bis einschließlich Mai in Höhe des vollen Monatsbeitrags zu entrichten. Ab Juni 2009 wird ein Sechstel des Monatsbeitrags fällig.

## Wen versichert die GKV?

Etwa neunzig Prozent aller Versicherten sind Kassenpatienten. Die Aufnahme in die GKV ist nicht von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Auch bereits Kranke werden versichert. Arbeitnehmer, deren Jahresbruttoeinkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 53.550 Euro (2014) liegt, sind in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Ehepartner und Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei in der Familienversicherung eingeschlossen werden.

Zudem bietet die GKV die Möglichkeit, sich freiwillig zu versichern. Das gilt vor allem für Personen, deren Pflicht- oder Familienversicherung endet. Sie können ihrer Kasse danach innerhalb von drei Monaten den freiwilligen Beitritt erklären. Das trifft beispielsweise auf einen Arbeitnehmer zu, der sich selbstständig macht oder auf einen Studenten, der mehr als 14 Fachsemester studiert hat. Berufsanfänger mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze haben die Möglichkeit, sich ebenfalls freiwillig bei einer Kasse zu versichern. Dieses Wahlrecht können Sie innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn ausüben. Das gleiche Recht steht allen zu, die in Deutschland erstmals eine Beschäftigung aufnehmen.

## Was bietet die GKV?

Die GKV bietet eine Reihe von Leistungen, die es in der privaten Krankenversicherung nicht gibt. Zu den Vorteilen der Gesetzlichen gehört vor allem die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern.

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

## Wahltarife in der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihre Angebotspalette von Wahlтарifen seit dem 1. April 2007 erweitert. Seitdem können Sie als gesetzlich Versicherter Wahlтарife bei Ihrer Krankenkasse abschließen. Manche Wahlтарife müssen die Kassen vorhalten, viele andere können sie anbieten („Kann-Regelung“).

Wahlтарife ohne Mindestbindungsfrist: Die Kassen haben in ihrer Satzung zu regeln, dass Sie als gesetzlich Versicherter besondere Versorgungsformen wählen können. Dazu gehören unter anderem die hausarztorientierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme und die integrierte Versorgung. Für die Teilnahme an solchen Versorgungsangeboten kann die Kasse Prämien oder Zuzahlungsermäßigungen gewähren.

Beim Hausarztmodell ist der Hausarzt erster Ansprechpartner. Die Teilnahme an dem Modell ist freiwillig. Falls erforderlich, überweist Sie Ihr Arzt an einen Facharzt. Das soll helfen, doppelte und nicht notwendige Untersuchungen zu vermeiden.

Um die Behandlung chronisch Kranker zu verbessern, werden Wahlтарife für strukturierte Behandlungsprogramme angeboten. Das sind so genannte Disease-Management-Programme (DMP). Dazu zählen etwa Programme gegen Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie koronare Herzkrankungen. Die Teilnahme ist freiwillig und kann mit finanziellen Vorteilen verbunden sein.

Es gibt zudem die Wahl der integrierten Versorgung. Kassen bieten bei bestimmten Indikationen eine vernetzte Versorgung an. Dabei kooperieren beispielsweise Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Häufig wird diese Versorgungsform zum Beispiel bei Krebserkrankungen, Hüft- und Knieoperationen angeboten. Integrierte Versorgungsformen sollen die Behandlungsschritte verschiedener medizinischer Fachleute besser koordinieren, um Kosten zu sparen und die Qualität der Behandlung zu verbessern.

## Wahltarife mit einjähriger Kassenbindung

Die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Mitgliedern seit Januar 2011 auch Wahltarife mit einer einjährigen (statt der vorherigen dreijährigen) Bindungsfrist anbieten. Das sind beispielsweise Tarife, die Beitragsrückerstattungen oder Kostenerstattungen enthalten. Die Kassen können diese Tarife unterschiedlich ausgestalten.

**Beitragsrückerstattungstarife:** Hier gilt das „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Sind Sie ein ganzes Jahr nicht zum Arzt gegangen, bekommen Sie im Folgejahr bis zu einem Monatsbeitrag zurück. Die Satzung kann auch vorsehen, dass kein familienversichertes Mitglied Behandlungskosten für die Kasse verursachen darf.

**Kostenerstattungstarife:** Sie bekommen wie ein Privatpatient vom Arzt eine Rechnung, die Sie bezahlen müssen. Nicht alle Behandlungen und Kosten werden jedoch von der Kasse erstattet. Einen Teil der Rechnung müssen Sie selbst bezahlen, dabei kann die Erstattungshöhe von Kasse zu Kasse variieren.

Es gibt einige Krankenkassen, die Wahltarife für die Kostenerstattung anbieten. Der Arzt kann beispielsweise den 2,3-fachen oder sogar den 3,5-fachen Satz der privaten Gebührenordnung für Ärzte berechnen. Das liegt weit über dem, was die Krankenkasse üblicherweise übernimmt. Erstattet werden für gewöhnlich Behandlungen, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse stehen. Die Kassen können einen solchen Tarif anbieten, müssen es aber nicht. Zusätzlich zum normalen GKV-Beitrag hat jede teilnehmende Person einen Extrabeitrag für den Wahltarif zu zahlen. Selbstbehalte sind üblich.

**Ein Beispiel:** Nachdem die Kasse ihren Erstattungsanteil abgezogen hat, werden auf den Rest der Rechnungssumme 80 Prozent als Zuschuss gewährt. Der 20-prozentige Eigenanteil bleibt auf maximal 500 Euro beschränkt. Darüber hinaus wird ein Verwaltungskostenabschlag erhoben. Die Angebote fallen von Kasse zu Kasse unterschiedlich aus. Der Wahltarif „Kostenerstattung“ dürfte sich nur selten lohnen. Denn der Arzt bekommt lediglich mehr Geld für die Leistung, die Sie sonst auch bekommen, wenn Sie Ihre Chipkarte vorlegen.

„Normales Kostenerstattungsverfahren statt Chipkarte“: Unabhängig davon, ob Ihre Kasse einen Wahltarif „Kostenerstattung“ anbietet, haben Sie

als gesetzlich Versicherter diese Möglichkeit: Statt der Sachleistung auf Chipkarte können Sie alternativ das „normale“ Kostenerstattungsverfahren beantragen. Sie bezahlen zunächst die Arztrechnung und legen sie danach Ihrer Kasse zur Erstattung vor. Das ist jedoch mit hohen Kosten für Sie verbunden, weil Ihr Arzt nach der privaten Gebührenordnung abrechnet. Erstattet werden von der GKV nur die niedrigen Kassensätze. Außerdem kann der Arzt Positionen abrechnen, die nicht zu den Kassenleistungen gehören. An die Entscheidung für eine Kostenerstattung sind Sie seit Januar 2011 für mindestens ein Vierteljahr gebunden. Eine Beschränkung der Wahl auf ärztliche oder zahnärztliche Versorgung oder den stationären Bereich ist möglich.

Bei der Kostenerstattung bleiben Sie auf erheblichen eigenen Aufwendungen sitzen. Der Abschluss beispielsweise einer privaten ambulanten Zusatzversicherung hilft Ihnen nur teilweise weiter, denn erstens ist der Beitrag für diese hoch und zweitens bleiben Sie meistens trotzdem noch auf einigen Restkosten sitzen. Deshalb rät der Bund der Versicherten von der Kostenerstattung ab.

Weitere Wahltarifangebote nach dem Kostenerstattungsprinzip („Kann-Option“): Die Kassen können weitere Wahltarife nach dem Kostenerstattungsprinzip anbieten, die in etwa mit dem Leistungsumfang von Zusatztarifen der privaten Krankenversicherungsunternehmen vergleichbar sind. Das Bundesversicherungsamt und auch einige Landesaufsichtsämter halten solche Tarife von gesetzlichen Krankenkassen für zulässig und haben sie genehmigt. Das Wahltarifangebot einiger Kassen umfasst zum Beispiel Zahnzusatz- und Auslandsreisekrankenversicherungen oder Krankenhauszusatzversicherungen mit einer Unterbringung im Zweibettzimmer und Erstattung privatärztlicher Behandlungskosten.

Für solche Wahltarife zusätzlich zu Ihrem Grundschutz in der GKV zahlen Sie einen Extrabeitrag. Bietet Ihre Kasse diese Tarife an, könnten sie geeignet sein, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen und/oder Altersgründen keine private Krankenzusatzversicherung bekommen. Sie sollten berücksichtigen, dass der Zusatzversicherungsschutz dieser Wahltarife nicht lebenslange Geltung haben muss. Die Kassen können Wahltarife wieder streichen, wenn diese sich finanziell nicht tragen. Das ist tatsächlich auch schon geschehen.

Wenn Sie zusätzlichen Krankenversicherungsschutz wünschen, sollten Sie genau vergleichen oder sich neutral bei den Verbraucherzentralen und dem BdV beraten lassen. Auch ein Vergleich mit Angeboten anderer Krankenkassen kann sinnvoll sein.

## Wahltarife mit dreijähriger Kassenbindung

Die Krankenkassen können ihren Mitgliedern außerdem Wahltarife mit einer dreijährigen Bindungsfrist anbieten. Dazu gehören Tarife mit Selbstbehalt und Krankengeldtarife zum Beispiel für hauptberuflich Selbstständige, die jede Kasse unterschiedlich gestalten kann.

**Selbstbehalttarife:** Die lohnen sich für Sie nur, wenn Sie in einem Jahr weniger Behandlungskosten verursachen, als Sie an Prämie von der Kasse zurückbekommen. Das wissen Sie allerdings nicht im Voraus. Selbstbehalt und Prämie sind dabei in der Regel nach Einkommen gestaffelt.

**Krankengeldtarife:** Die Höhe des Beitrages für den „Wahltarif Krankengeld“ richtet sich nach dem vereinbarten Zahlungsbeginn für das Krankengeld und dem Angebot der jeweiligen Kasse. Er wird unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Kassenmitglieds festgelegt. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Kapitel „Was ist Krankentagegeld und Krankengeld?“.

**Wahltarife und Kündigung der Kassenmitgliedschaft:** Haben Sie sich für einen Wahltarif entschieden, können Sie die Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist Ihres Wahltarifes, jedoch nicht vor Ablauf der generellen Mindestbindungsfrist von 18 Monaten kündigen. Die 18-monatige Mindestbindungsfrist muss nicht eingehalten werden, wenn Ihre Kasse einen Zuschlag erhebt und damit die Prämienzahlung erhöht oder diese verringert. Diese Sonderkündigungsmöglichkeit steht aber Versicherten im Wahltarif Krankengeld nicht zu.

## Was kostet die GKV?

Ihr Beitrag in der GKV richtet sich nach dem einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent (2014) für alle Kassen. Ihr Chef übernimmt davon 7,3 Prozent als Arbeitgeberanteil. Bemessungsgrundlage ist Ihr Bruttoeinkommen. Bei der Berechnung des Beitrages wird dieses aber „nur“ bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 48.600 Euro (2014), also 4.050 Euro im Monat, berücksichtigt.

In der GKV wurden Leistungen eingeschränkt und ein vom Versicherten selbst zu zahlender Beitragssatz von 0,9 Prozent für Zahnersatz und Krankentagegeld eingeführt. Gesetzlich Versicherte müssen bei vielen Leistungen zuzahlen, etwa bei Fahrkosten, Brillen, Heil- und Hilfsmitteln, bei Zahnersatz sowie bei Krankenhauskosten. Eine Belastungsgrenze von maximal zwei Prozent des Jahresbruttoeinkommens sowie einem Prozent für schwerwiegend chronisch Kranke soll sozial Schwächere entlasten.

**Zusatzbeitrag in der GKV:** Die Krankenkassen können von Ihnen als Mitglied einen Zusatzbeitrag verlangen, wenn sie nicht mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds auskommen. Den haben bisher aber erst einige wenige Kassen eingefordert.

Seit 2011 kann jede Krankenkasse einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag in beliebiger Höhe verlangen, der je nach Kasse unterschiedlich hoch ausfallen kann. Diesen zusätzlichen Betrag müssen Sie komplett aus eigener Tasche zahlen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen die Grenze von zwei Prozent Ihres beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigt. Liegt der zusätzliche Beitrag darüber, wird ein Sozialausgleich vorgenommen.

### Beispiele:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	16 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen:	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

**Ergebnis:** Ein Sozialausgleich findet nicht statt.

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	20 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen:	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

**Ergebnis:** Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn oder der Rente ausgezahlt.

Für die Berechnung des Sozialausgleiches spielt aber die tatsächliche Höhe des Zusatzbeitrages Ihrer Kasse keine Rolle. Denn maßgeblich dafür ist allein der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen. Deshalb kann es dazu kommen, dass Sie tatsächlich mehr als zwei Prozent Ihres Einkommens als Zusatzbeitrag aufwenden müssen, wie dieses Beispiel des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	20 Euro
Tatsächlicher Zusatzbeitrag der Krankenkasse XY:	22 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen:	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

**Ergebnis:** Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn oder der Rente ausgezahlt. Das Mitglied zahlt unterm Strich 18 Euro.

Der Sozialausgleich wird vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchgeführt (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit).



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

### Wie wird mit der GKV abgerechnet?

Der Kassenpatient legt normalerweise seine Krankenkassenkarte vor und Arzt oder Krankenhaus rechnen damit die Leistungen über Verrechnungsstellen mit der Krankenkasse ab.

Was der Kassenarzt verordnet, wird von der Kasse bezahlt. Im Zweifel können Sie als Kassenpatient gegen Entscheidungen Ihrer Krankenkasse Widerspruch einlegen. Hat das keinen Erfolg, können Sie beim Sozialgericht Klage erheben. Gerichtskosten fallen für Sie nicht an. Anwaltskosten müssen Sie nur tragen, wenn Sie vor Gericht verlieren. Geht Ihr Streit bis zum Bundessozialgericht, müssen Sie auf jeden Fall einen Anwalt einschalten. Dort herrscht Rechtsanwaltszwang. Brauchen Sie einen Anwalt, sollten Sie einen Fachanwalt für Sozialrecht beauftragen.

### Wen versichert die PKV?

Möglich ist der Wechsel in die private Krankenversicherung für Arbeitnehmer, deren Bruttoeinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Versicherungspflichtgrenze) von 53.550 Euro (2014) in einem Kalenderjahr übersteigt und voraussichtlich auch im Jahr darauf darüber liegen wird. Bei Selbstständigen und Beamten spielt das Einkommen für den Wechsel in die PKV keine Rolle.

Seit 2011 haben Sie als Berufsanfänger mit einem Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze die Möglichkeit, freiwillig der GKV oder der PKV beizutreten. Dieses einmalige Wahlrecht haben Sie bei Aufnahme einer Beschäftigung als Arbeitnehmer. Das können Sie beispielsweise nach Ihrem Studium nutzen oder wenn Sie erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen.

### Was bietet die PKV?

Viele meinen, privat versicherte Patienten bekommen schneller Arzttermine, bessere Behandlungen und kostspieligere Medikamente. Zwar kann es vorkommen, dass Privatpatienten von Ärzten bevorzugt werden. Aber ob sie damit tatsächlich besser versorgt sind, ist keineswegs gesagt.

Privatpatienten im Krankenhaus sind aber möglicherweise medizinisch besser betreut als Kassenpatienten. Voraussetzung: Sie haben die Chefarztbehandlung und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert. Allerdings können sich auch GKV-Mitglieder diesen Status als Privatpatienten über eine private Krankenhauszusatzversicherung verschaffen.

Privatversicherte können auch hiervon profitieren: Viele Tarife sehen für sie Kostenerstattung für Behandlungen durch Heilpraktiker vor. Überdies werden normalerweise tariflich höhere Leistungen als in der GKV für Zahnersatz, wie Goldkronen oder Implantate, erbracht. Die Erstattung für kieferorthopädische Behandlungen wird anders als in der GKV ohne Altersbegrenzung abgewickelt. Häufig beläuft sie sich auf 60 bis 80 Prozent der gesamten Kosten. Brillengestelle und -gläser werden im Regelfall bezahlt, sind aber in der Höhe begrenzt.

## Was kostet die PKV?

Die PKV legt die Beiträge unabhängig von Ihrem Einkommen fest. Maßgeblich sind neuerdings seit Einführung der Unisextarifizierung nur noch Ihr Alter und Ihr Gesundheitszustand sowie der jeweilige Tarif.

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

Vielmehr gibt die PKV diese Kostensteigerungen durch Erhöhungen der Beiträge und/oder der Selbstbeteiligung an ihre Versicherten weiter. Durchschnittlich erhöhten die Krankenversicherer ihre Beiträge in den vergangenen Jahren um etwa fünf Prozent im Jahr. Oft lagen die Erhöhungen auch zwischen fünf bis zehn Prozent. In einigen Fällen waren sogar Beitragssteigerungen bis zu 100 Prozent in fünf Jahren oder eine Verdreifachung in zehn Jahren zu beobachten.

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

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

Lassen Sie sich nicht von den zu Anfang günstigen Beiträgen blenden. Zwar liegen sie zuerst meistens unter dem Krankenkassenbeitrag, steigen aber ständig. In der Regel auch im Alter. So mancher Rentner muss feststellen, dass die PKV für ihn fast unbezahlbar geworden ist.

Sie gründen als Privatversicherter eine Familie, dann müssen Sie für jedes Familienmitglied einen Beitrag zahlen. In der gesetzlichen Krankenversicherung wären Ihr Ehepartner und Ihre Kinder in der Regel bis maximal zur Vollendung des 25. Lebensjahres beitragsfrei mitversichert, wenn sie diese Voraussetzungen erfüllen: Ihr Ehepartner oder Ihr Kind verfügt über kein eigenes Einkommen oder erhält maximal 395 Euro (2014) oder 450 Euro aus einem Mini-Job im Monat. Bei Kindern ist eine Verlängerung z. B. um die Dauer eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder des freiwilligen Wehrdienstes oder des Bundesfreiwilligendienstes möglich. Ohne Altersbegrenzung mitversichert sind behinderte Kinder, die für ihren Lebensunterhalt nicht selbst sorgen können.



**Tipp:** Als Privatversicherter müssen Sie im Alter mit höheren Beiträgen rechnen. Das Geld, das Sie durch den anfänglich niedrigeren PKV-Beitrag einsparen, sollten Sie unbedingt anlegen. Stecken Sie es aber nicht in Kapitallebens- und private Rentenversicherungen oder Beitragsentlastungstarife (Vorsorgetarife) der PKV-Versicherer. Besser geeignet ist zum Beispiel eine Geldanlage in Investmentfonds und/oder festverzinsliche Wertpapiere oder auch Banksparpläne.  
**Lassen Sie sich neutral beraten.**

**Was geschieht, wenn Privatversicherte berufs- oder erwerbsunfähig werden:** Die PKV berechnet die Beiträge unabhängig vom Einkommen. Die gesetzliche Krankenkasse dagegen orientiert sich auch in solchen Fällen an den Einkünften.

**Privatversicherter geht in Rente:** Die Beiträge der Privaten steigen Jahr für Jahr. Die GKV orientiert sich weiter an den Einkünften.

## Was ist beim Abschluss wichtig?

Beim Abschluss der privaten Krankenversicherung müssen Sie Ihren Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und detailliert beschreiben. Auch Ihre Ärzte, Zahnärzte, und sonstige Heilkundler wie Heilpraktiker müssen Sie benennen und von ihrer Schweigepflicht entbinden. Im Leistungsfall wird der Versicherer anhand Ihrer Krankengeschichte überprüfen, ob Sie bei Vertragsbeginn Vorerkrankungen verschwiegen haben.

Bevor Sie die Fragen über Ihren Gesundheitszustand im Antrag beantworten, sollten Sie sich am besten bei Ihren Ärzten und Heilkundlern erkundigen, weshalb Sie behandelt wurden. Denn die Versicherer fragen z. B. nach Ihren ambulanten Behandlungen in den letzten drei oder fünf Jahren sowie der letzten fünf oder zehn Jahre bei stationären Behandlungen. Nur Ihr Arzt kann Ihnen sagen, aufgrund welcher Diagnosen er Sie behandelt hat. Am Besten füllen Sie die Gesundheitsangaben im Antrag zusammen mit Ihren behandelnden Ärzten aus. Zumindest aber sollten Sie sich einen Auszug aus Ihrer Krankenakte von Ihrem Arzt und/oder Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besorgen, damit Sie die Gesundheitsfragen vollständig beantworten können.

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

Die PKV nimmt Sie nur problemlos auf, wenn Sie kerngesund sind. Bestehen bei Antragstellung Vorerkrankungen, entscheidet der Versicherer, ob er den Antrag ablehnt, gegen Beitragszuschläge annimmt oder Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließt. Der PKV-Vertrag kommt aber nur zustande, wenn Sie sich mit dem Beitragszuschlag oder dem Leistungsausschluss für bestimmte bei Ihnen vorliegende Erkrankungen einverstanden erklären. Eine Ausnahme davon besteht wegen des Annahmewangs, wenn Sie Versicherungsschutz für den Basistarif beantragen.

Akzeptieren Sie einen Beitragszuschlag, sollten Sie daran denken, dass dieser auch den künftigen Beitragserhöhungen unterliegt.

Die Zustimmung zu einem Leistungsausschluss birgt allerdings nicht kalkulierbare finanzielle Risiken in sich: Werden Arztbesuche, Arzneimittel oder Operationen wegen einer Krankheit erforderlich, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, müssen Sie diese Kosten selbst tragen. Deshalb sollten Sie sich nicht mit einem Leistungsausschluss einverstanden erklären.



**-Tipp:** Bei den Gesundheitsangaben, die der Versicherer von Ihnen verlangt, sollten Sie absolut nichts verschweigen. Machen Sie falsche Angaben oder verschweigen Sie etwas, kann der PKV-Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dieser Rücktritt ist dem Versicherer bis zu drei Jahre nach Vertragsschluss möglich. Das Anfechtungsrecht wegen arglistiger Täuschung bleibt dem Versicherer sogar bis zu zehn Jahre nach Antragstellung erhalten.  
**Achtung:** Die Rückkehr in die GKV ist dann vollkommen ausgeschlossen.



Da es keine Tarife von Gesellschaften gibt, die alle Kriterien erfüllen, finden Sie nachfolgend eine Liste von Kriterien, die Sie zumindest bei der Tarifauswahl berücksichtigen sollten. Wir haben diese in drei Kategorien unterteilt:

- K.O Kriterien bilden den Mindeststandard ab, den ein Tarif erfüllen sollte.
- Weiter gibt es sinnvolle Kriterien. Hier können Sie bei der Prüfung des Tarifs entscheiden, ob Ihnen diese wichtig sind.
- In der letzten Kategorie finden Sie Kriterien, die abhängig von Ihrem persönlichen Bedarf sind.

#### **K.O. Kriterien für den Bereich ambulante Heilbehandlung:**

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

#### **Sinnvolle Kriterien für den Bereich ambulante Heilbehandlung:**

- Heilmittel ohne Einschränkung
- ambulante Palliativversorgung
- ambulante Kuren
- Schutzimpfungen

#### **Kriterien bei Bedarf für den Bereich ambulante Heilbehandlung:**

- operative Sehstärkenkorrektur bspw. Lasik
- alternative Behandlungsmethoden durch Ärzte
- Heilpraktiker
- Leistung über Höchstsätze der GOÄ
- 100 Prozent Leistung bei Direktkonsultation eines Facharztes
- ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB) ohne vorherige Genehmigungspflicht

**K.O. Kriterien für den Bereich stationäre Heilbehandlung:**

- stationäre Psychotherapie ohne Genehmigungspflicht
- stationäre Versorgung in einem Hospiz
- stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) ohne vorherige Genehmigungspflicht

**Sinnvolle Kriterien für den Bereich stationäre Heilbehandlung:**

- stationäre Kuren. Diesen ggf. über einen separaten Tarif abschließen. Gilt vorrangig für Selbstständige, die keine Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen.
- Leistungen über die Höchstsätze der GOÄ hinaus
- Gemischte Anstalten ohne vorherige schriftliche Zusage

**Kriterien bei Bedarf für den Bereich stationäre Heilbehandlung:**

- Auslandsrücktransport (Besser wäre eine separate Auslandskrankenversicherung)

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

- Mindestens eine 70%ige Erstattung für Implantate, Prothesen, Brücken, Kronen und Inlays
- Erstattung unabhängig von Prophylaxe

**Sinnvolle Kriterien für den Bereich Zahnbehandlung und -ersatz:**

- keine Begrenzung der Anzahl von Implantaten
- Gleichbleibender Erstattungssatz von der Höhe des Rechnungsbetrages
- keine tarifliche Erstattungshöchstgrenze (generelle Summenbegrenzung) über die gesamte Vertragslaufzeit
- Verzicht auf die Vorlage eines Heil- und Kostenplans

**Kriterien bei Bedarf für den Bereich Zahnbehandlung und -ersatz:**

- keine Summenbegrenzung in den ersten Versicherungsjahren
- Leistungen über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte hinaus

Bei Bedarf: Allgemeines Kriterium könnte die erweiterte Weltgeltung sein, wenn Sie mehr als einen Monat ins außereuropäische Ausland reisen.

Über die genannten Kriterien hinaus können ggf. auch weitere Kriterien in Frage kommen.

Zudem kann eine Selbstbeteiligung für Arbeitnehmer bis maximal 400 – 500 Euro im Jahr und für Selbstständige von maximal 800 – 1.000 Euro jährlich sinnvoll sein.

Eine konkrete Empfehlung von privaten Krankenversicherern ist grundsätzlich nicht möglich. Denn neben objektiven Leistungskriterien müssen in der privaten Krankenversicherung auch subjektive Kriterien berücksichtigt werden. Dies sind zum Beispiel die Beitragsentwicklung, Tarifkontinuität – sprich wie viele Tarife hat der Versicherer auf den Markt gebracht sowie sein Verhalten während der Vertragslaufzeit, u. a. bei der Leistungsregulierung.

Diese Kriterien sind nicht objektivierbar. Einzig die Tarifkontinuität könnten Sie bei der Gesellschaftsauswahl berücksichtigen. Es gibt nur wenige private Krankenversicherer, die vor Einführung der Unisex-Tarife (2013) über viele Jahre mit nur einem bzw. sehr wenigen Tarifwerk/en ausgekommen sind. Ob sich die neuen Unisex-Tarife auch so entwickeln, können wir nicht vorhersehen.



**i-Tipp:** Sollten Sie einen Wechsel in die PKV planen, lassen Sie sich am besten vorher neutral und unabhängig beraten. Bedenken Sie, dass ein Wechsel von der GKV in die PKV meistens nur für Beamte eine sinnvolle Lösung ist, da diese einen Beihilfeanspruch haben und dadurch ein prozentualer Anteil der Krankheitskosten übernommen wird.



Ein Privatversicherter schließt unter anderem mit Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern Verträge ab und ist damit zunächst persönlich zahlungspflichtig. Er bekommt Rechnungen von Apotheken, Ärzten und Krankenhäusern und muss die Erstattung seiner Auslagen von seiner PKV verlangen.

Dabei kann es durchaus zu Problemen kommen: Besonders, wenn PKV-Tarife geringere Erstattungssätze für die privatärztliche Behandlung vorsehen als der Arzt nach der Gebührenordnung in Rechnung stellen darf. Teilweise kürzt die PKV Erstattungsbeträge oder verweigert die uneingeschränkte Erstattung mit Begründungen wie, die Behandlung sei medizinisch nicht oder nicht in diesem Umfang erforderlich gewesen.

In solchen Fällen müssen Sie als Privatversicherter möglicherweise spätestens dann vor Gericht ziehen, wenn auch die kostenfreie Einschaltung des Ombudsmanns (<http://www.pkv-ombudsmann.de>) ohne Erfolg geblieben ist. Zuständig sind je nach Höhe des Streitwertes Amts- oder Landgerichte. Es fallen Gerichtskosten an. Spätestens ab den Landgerichten kommen noch Anwaltskosten hinzu, weil Sie sich dann von einem Rechtsanwalt vertreten lassen müssen. Verlieren Sie den Prozess, müssen Sie diese Kosten selbst bezahlen. Müssen Sie sich vertreten lassen, sollten Sie einen Fachanwalt für Versicherungsrecht mit Schwerpunkt für Krankenversicherung beauftragen.

### Überprüfung ärztlicher Rechnungen

Mit Fragen und Beschwerden zu Ihren privatärztlichen Rechnungen können Sie sich an die Ärztekammer oder Zahnärztekammer Ihres Bundeslandes wenden. Dort wird überprüft, ob die Arztrechnung entsprechend der Gebührenordnung erstellt wurde. Zur Klärung kann die Ärztekammer auch Gutachten anfordern. Ob die Behandlung medizinisch notwendig war, wird dabei nicht beurteilt.

Sie haben jederzeit Anspruch darauf, in andere Tarife Ihres Versicherers zu wechseln. Die bis dahin erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen nehmen Sie mit.

Wenn die Leistungen im neuen Tarif höher oder umfassender als im bisherigen Tarif sind, kann Ihr PKV-Anbieter für Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag und eine Wartezeit verlangen. Sie können jedoch den Risikozuschlag sowie die Wartezeit abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss vereinbaren.

Beim Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer zusätzlich den bei Vertragsabschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen. Ein Tarifwechsel kann die Beitragssumme verringern. Vor allem beim Wechsel in neue und „jüngere“ Tarife Ihres PKV-Versicherers trifft das zu.

Aber bevor Sie sich zum Tarifwechsel entschließen, sollten Sie Beiträge und Leistungen sorgfältig miteinander vergleichen.

**Vorsicht:** Zwar können Sie Leistungen innerhalb des gleichen Tarifsystems oder durch einen Tarifwechsel in andere Tarife Ihres Krankenversicherers reduzieren. Aber wenn Sie später wieder in einen Tarif mit besseren Leistungen wechseln wollen, kann das schwierig werden oder sogar hinsichtlich der Mehrleistungen scheitern. Daher ist es umso wichtiger, sich vorher fachlich neutral z. B. von den Verbraucherzentralen, den Versicherungsberatern oder dem BdV beraten zu lassen.

**Anmerkung:** Ein Wechsel aus einem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif (Unisextarif) in einen Tarif, bei dem die Kalkulation geschlechtsabhängig erfolgt ist (Bisextarif), ist ausgeschlossen. Seit 21. Dezember 2012 dürfen nur noch Unisextarife angeboten werden.

Zum 1. Januar 2009 ist der brancheneinheitliche Basistarif in die PKV eingeführt worden. Er enthält ein Leistungsangebot, das mit jenem der GKV weitgehend übereinstimmt. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter, nicht jedoch nach dessen Gesundheitsstatus. Dennoch wird eine Risikoprüfung für den Fall vorgenommen, falls Sie später vom Basistarif in einen anderen Tarif umsteigen wollen. Es besteht jedoch wie bei der GKV ein Annahmewang (so genannter Kontrahierungszwang). Das ist die gesetzliche Verpflichtung der PKV-Unternehmen, Sie aufzunehmen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge dürfen Ihnen im Basistarif nicht aufgebürdet werden.

Der Basistarif bietet Ihnen eine bessere Versorgung als der Standardtarif, der allerdings finanziell meistens günstiger ist.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif (und auch im Standardtarif) soll über die Kassenärztlichen sowie Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und deren Vertragsärzte sichergestellt werden. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Versorgung haben. In der Praxis kommt es aber vor, dass Ärzte die Basistarifversicherten nur gegen höheres Honorar behandeln.

Für die Vergütung dieser Leistungen werden bestimmte Höchstsätze der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegt. Durch vertragliche Vereinbarungen zwischen dem PKV-Verband und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen kann von diesen Vorgaben ganz oder teilweise abgewichen werden.

#### **Voraussetzung für den Basistarif:**

Seit 1. Juli 2009 ist Ihnen als Bestandsversicherter (vor 2009 in der PKV) ein Wechsel in den Basistarif Ihres Krankenversicherers nur möglich:

- nach Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- bei Erhalt eines Ruhegehaltes nach beamtenrechtlichen oder ähnlichen Vorschriften oder
- bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts.

PKV-Neukunden mit Vertragsabschluss seit dem 1. Januar 2009 haben dagegen jederzeit das Recht ohne Beschränkungen in den Basistarif zu wechseln.

**Im Basistarif gilt:** Bei Ehepaaren zahlt jede Person ihren eigenen Beitrag. Dieser liegt häufig über jenem für den Standardtarif. Durch die besondere Kalkulation und Konstruktion ist der Beitrag des Basistarifs oft höher als der für einen Normaltarif. Besonders bei Jüngeren kann das zutreffen. Schon ab 21 Jahre ist im Basistarif der maximal mögliche Beitrag von rund 628 Euro (2014) monatlich zu zahlen. Den zahlt jeder Neukunde. Er richtet sich nach dem Höchstbeitrag in der GKV (2013).

Hinzukommen kann der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen fest, ob und in welcher Höhe ein Zusatzbeitrag verlangt werden soll. Das geschieht generell bis zum November eines Jahres für das Folgejahr. Für 2014 ist er auf null Euro festgelegt worden. Bereits Privatversicherten, die einen Tarif wechseln, werden angesparte Alterungsrückstellungen angerechnet. Dennoch führt das nur selten zu einem Beitrag im Basistarif, der unter dem Höchstbeitrag liegt. Auch für Kinder und Jugendliche müssen gesonderte Beiträge bis zu einer Höchstgrenze von derzeit rund 250 Euro (2013) monatlich bezahlt werden.

**Hilfebedürftigkeit:** Falls Sie Hilfebedürftigkeit geltend machen wollen, müssen Sie sich diese vom zuständigen Träger, der Bundesagentur für Arbeit oder dem Sozialamt, per Antrag prüfen und bescheinigen lassen. Die Bescheinigung legen Sie dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vor.

#### **Diese Ansprüche haben Sie als Hilfebedürftiger:**

Wenn durch die Zahlung des Beitrages für den Basistarif Hilfebedürftigkeit ausgelöst wird, verringert sich dieser um die Hälfte (auf rund 314 Euro für 2014). Bleibt es auch trotz Zahlung eines reduzierten Beitrages bei der Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich die Bundesagentur für Arbeit oder das Sozialamt im erforderlichen Umfang am Beitrag. Dadurch soll Hilfebedürftigkeit vermieden werden.

Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, wird dieser ebenfalls auf die Hälfte des Höchstbeitrags des Basistarifs reduziert. Der zuständige Träger zahlt dann den Betrag, der auch für einen Bezieher von ALG II in der GKV zu tragen ist.

Die Abrechnung von Leistungen wird zwischen Arzt und Patient abgewickelt, wie in der PKV üblich. Es gilt der gleiche Höchstsatz wie beim Standardtarif von 2,0-fach für die zahnärztliche Behandlung. Dagegen erstattet der Krankenversicherer bei ärztlicher Behandlung seit dem 1. April 2010 nur noch den 1,2-fachen Satz.

Basistarifversicherte haben wie Versicherte im Standardtarif die freie Wahl „nur“ unter den Ärzten und Zahnärzten, die zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind. Sie leisten die gleichen Zuzahlungen wie gesetzlich Versicherte. Die sonst üblichen Wartezeiten von drei und acht Monaten gelten nicht.

**Leistungskatalog:** Der Basistarif ist nach Art, Höhe und Umfang weitgehend mit den Leistungen der GKV vergleichbar. Er bildet den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach. Werden in der GKV Leistungskürzungen vom Gesetzgeber beschlossen, gelten diese auch für den Basistarif.

Der Leistungsumfang des Basistarifs ist im Vergleich zum Standardtarif erweitert: Er enthält auch Leistungen für Haushaltshilfen, ambulante Palliativmedizin, Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, künstliche Befruchtung sowie Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Zudem unterscheidet sich der Leistungskatalog des Basistarifs in vielen Punkten von denen der normalen PKV-Tarife.

**Selbstbehaltsstufen:** Der Basistarif kann Ihnen mit vier Selbstbehaltsstufen (300, 600, 900 und 1.200 Euro) angeboten werden. An diese Wahl sind Sie mindestens drei Jahre gebunden. Der Beitrag reduziert sich durch die Selbstbeteiligung nach bisheriger Erfahrung meistens aber nicht. Insofern ist sie normalerweise nicht lohnend. Deshalb hat der Gesetzgeber beschlossen: Führt der vereinbarte Selbstbehalt zu keiner angemessenen Prämienreduzierung kann der Versicherte vom Versicherer jederzeit eine Vertragsumstellung in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen. Das ist immer dann möglich, wenn der im Basistarif vereinbarte Selbstbehalt den Höchstbeitrag nicht ausreichend oder gar nicht reduziert, was der Regelfall ist. Im beihilfekonformen Basistarif werden die Selbstbehaltsstufen entsprechend dem versicherten Prozentsatz festgesetzt. Ein Beispiel: Ein Beamter mit einem Anspruch auf 50 Prozent Beihilfe kann zwischen Selbstbehaltsstufen von 150, 300, 450 und 600 Euro wählen.

Krankenzusatzversicherungen sind neben der Absicherung im Basistarif erlaubt. Der Versicherer kann jedoch verlangen, dass eine Zusatzversicherung ruht, solange der Privatversicherte wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit auf eine Beitragsreduzierung angewiesen ist.

 **Tipp:** Den Wechsel in den Basistarif sollten Sie erst anstreben, wenn eine andere tarifliche Lösung in Normaltarifen Ihres Versicherers Sie finanziell nicht ausreichend entlastet.

## Zugang zum Basistarif für GKV-Versicherte

Alle seit Januar 2009 freiwillig in der GKV Versicherten können sich innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung ihrer Versicherungspflicht im Basistarif eines PKV-Unternehmens versichern.

Dass Privatversicherte mit einem „Unbezahlbarkeitsrisiko“ rechnen müssen, hat der Gesetzgeber schon vor Jahren erkannt: Deshalb hat er die PKV-Versicherer verpflichtet, einen brancheneinheitlichen „Standardtarif“ einzuführen. Als Bestandsversicherter, der bereits vor 2009 privatversichert war, können Sie weiterhin in diesen wechseln. Sind Sie dagegen erst seit Januar 2009 in der PKV, haben Sie diese Möglichkeit nicht mehr. Der Wechsel in den Standardtarif kann für ältere Bestandsversicherte geeignet sein, die ihren hohen Beitrag im Alter nicht mehr zahlen können und für die der Basistarif zu teuer wäre.

## Voraussetzung für den Standardtarif:

Als Bestandsversicherter müssen Sie zehn Jahre der PKV angehören und mindestens 55 Jahre alt sein oder vor Vollendung des 55. Lebensjahres eine gesetzliche Rente beziehen, damit Sie in den Standardtarif wechseln können. Zudem dürfen Sie nicht mehr als 48.600 Euro (2014) Bruttojahreseinkommen haben. Der Standardtarif gilt außerdem einkommensunabhängig für alle, die mindestens 65 Jahre alt sind. Der Versicherungsschutz ähnelt den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und kann künftig angepasst werden.

**Auch im Standardtarif gilt:** Eheleute müssen pro Person einen eigenen Beitrag zahlen. Der darf aber den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen nicht übersteigen. Der Gesamtbeitrag für ein Ehepaar ist auf 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrages begrenzt. Im Standardtarif findet die Abrechnung zwischen dem Patienten und dem Arzt statt. So ist das üblich in der PKV. Allerdings erstattet der Krankenversicherer nur den 1,8-fachen Satz der Gebührenordnungen für Ärzte (für Zahnärzte den 2,0-fachen Satz).

Einige Nachteile des Standardtarifs sind, wenn diese im bisherigen Tarif mitversichert waren: Sie haben im Krankenhaus nur noch den Status eines Kassenpatienten. Chefarztbehandlung sowie Ein- oder Zweibettzimmer gibt es für Sie nicht mehr. Sie müssen wie ein Kassenpatient pro Tag zehn Euro zuzahlen.

Unerfreulich sind für Sie möglicherweise auch diese Leistungseinschränkungen: Keine Behandlung durch Heilpraktiker, psychotherapeutische Behandlung nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung, Selbstbeteiligung von 20 Prozent an Kosten für Heil-, Hilfs- und Arzneimittel (maximal 306 Euro im Jahr).

Die Kosten für Zahnersatz werden höchstens zu 65 Prozent erstattet. Es kann sogar passieren, dass Ärzte Patienten, die nach dem Standardtarif versichert sind, nur behandeln, wenn sie einen höheren Abrechnungssatz akzeptieren. Sie müssen dann die Differenz beispielsweise vom 1,8-fachen zum 2,3-fachen oder sogar 3,5-fachen Satz selbst bezahlen.

 **Tipp:** Den Wechsel in den Standardtarif sollten Sie erst anstreben, wenn es anders nicht mehr geht. Prüfen sollten Sie zunächst, ob nicht auch der Wechsel in einen anderen Tarif Ihres PKV-Versicherers schon genügend Entlastung bringt. Außerdem sollten Sie überlegen, ob der Basistarif für Sie eine Alternative zum Standardtarif sein kann.

Neben Basistarif und Standardtarif gibt es seit Kurzem den sogenannten Notlagentarif (NLT). Anders jedoch wie im Basis- und Standardtarif, können Versicherte diesen Tarif nicht frei wählen. Sie werden in diesen automatisch umgestellt, wenn sie trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung in einem Zeitraum von sechs Monaten keine Beiträge gezahlt haben.

Die Umstellung auf den NLT erfolgt jedoch nicht, wenn eine Hilfebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch besteht. Die Hilfebedürftigkeit wird durch den Grundsicherungsträger (Sozialamt) festgestellt. Während der Versicherung im NLT entfallen Selbstbeteiligung, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse. Darüber hinaus kann der Versicherer verlangen, dass Zusatzversicherungen, wie beispielsweise eine Krankentagegeld- oder eine Kurtagegeldversicherung, während der Versicherung im NLT ruhen.

Die Leistungen während der Versicherung im NLT sind stark eingeschränkt. Der NLT sieht nur Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Kinder und Jugendliche sind im besonderen Maße schutzbedürftig, weshalb die Leistungen hier nicht auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt sind. Ferner erhalten sie darüber hinaus auch Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen.

Die Erstattung im NLT ist in der Höhe begrenzt. Grundlage für die Erstattung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die für Zahnärzte (GOZ). So werden Leistungen für die ambulante Heilbehandlung bis zum 1,38fachen Satz der GOÄ und für die stationäre Heilbehandlung bis zum 1,8fachen Satz erstattet. Für zahnärztliche Heilbehandlungen kann das 2,0fache der GOZ erstattet werden. Die Behandlung muss durch einen Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt durchgeführt werden.

Die Höhe des Beitrages liegt je nach Versicherer zwischen 80 Euro und 120 Euro pro Monat. Während der Versicherung im NLT werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Der Versicherer kann sogar während dieser Zeit bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie für den NLT aus der bestehenden Alterungsrückstellung entnehmen. Wenn alle rückständigen Prämien nebst Säumniszuschlägen bezahlt sind, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats im Ursprungstarif fortgesetzt. Der Beitrag wird vermutlich höher sein als vor der Umstellung in den NLT, weil der Versicherer für die Finanzierung des Tarifs Alterungsrückstellungen entnimmt. Ferner schlagen auch die in der Zwischenzeit möglichen Beitragsanpassung zu buche.



Alterungsrückstellungen sollen vermeiden, dass die Beiträge für PKV-Senioren unbezahlbar werden. So hat sich das der Gesetzgeber vorgestellt, als er die Anbieter verpflichtet hat, einen gesetzlichen Zuschlag als zusätzliche Alterungsrückstellung einzuführen.

Jedes Versicherungsunternehmen erhebt für alle ab dem Jahre 2000 abgeschlossenen Verträge bis zum 60. Lebensjahr des Versicherten einen zehnprozentigen Beitragszuschlag. Den hat es langfristig anzulegen und für die Absenkung des Beitrags der Versicherten ab dem 65. Lebensjahr zu verwenden. Das „Bezahlbarkeitsproblem“ der PKV im Alter ist dadurch allenfalls gemildert, keinesfalls jedoch aus der Welt geschafft.

Die PKV kalkuliert Beiträge nach dem Kapitaldeckungsverfahren. Der Beitrag wird vermeintlich so berechnet, dass er bis zum Tod des Versicherten nicht erhöht werden muss. Neben Verwaltungskosten und dem Anteil für die Versicherungsleistungen ist im Beitrag ein Sparanteil als Alterungsrückstellung enthalten.

Die PKV-Musterversicherungsbedingungen (MB/KK) schließen in § 8 a eine Erhöhung der Beiträge „wegen des Älterwerdens der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses“ aus. Diese Formulierung erweckt einen falschen Eindruck. Denn sie lässt den Schluss zu, dass Beiträge im fortschreitenden Alter des Versicherten nicht erhöht werden dürfen. Dabei bezieht sich die Regelung lediglich auf die durch das „Älterwerden“ zunehmenden Erkrankungen. Allein die steigende Morbidität, das sind Erkrankungen der Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum, wird bei der Beitragskalkulation berücksichtigt.

Die privaten Versicherer haben bisher weder die höhere Lebenserwartung noch den medizinischen Fortschritt in ihre Kalkulation einbezogen. Die Aufwendungen im Gesundheitswesen steigen ständig. Seit Jahrzehnten erhöhen sich die Kosten für Krankenhausaufenthalte, Pflege, Apparatemedizin, Heilbehandlungen und Medikamente. Das gilt auch für Mehraufwendungen durch Zunahme psychischer Erkrankungen und Zivilisationskrankheiten sowie durch neue Krankheiten. Ihren Mehraufwand kompensieren private Krankenversicherer durch Beitragserhöhungen. Besonders hart betroffen sind dabei Familien mit mehreren Kindern, Berufsunfähige und alte Menschen.

PKV-Interessenten müssen vor Vertragsabschluss „über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung im Alter“ informiert werden. Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen: Bis Ende 2008 beschränkte sich der Wettbewerb der PKV-Unternehmen vor allem auf Neuanwerbung junger und gesunder Menschen. Besonders für langjährig Versicherte war der Wechsel des Unternehmens häufig mit erheblichen Beitragserhöhungen verbunden. Der Grund: Die Alterungsrückstellungen konnten nicht zum neuen PKV-Unternehmen mitgenommen werden. Das ist der Betrag, den Versicherte zur Verringerung des sonst höheren Beitrags im Alter aus ihren Beiträgen beim Versicherer ansparen.

PKV-Wechsler mussten ihre Alterungsrückstellung völlig neu aufbauen. Das hat deren Beiträge für die neue PKV erheblich verteuert. Faktisch war der Wechsel damit für langjährig Privatversicherte unmöglich.

Um die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Privatversicherten zu verbessern, hat der Gesetzgeber die teilweise Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen seit Januar 2009 eingeführt.

Wie viel das tatsächlich ist, kommt auf den Einzelfall an. Umso mehr die Leistungen des bisherigen Tarifs mit denen des Basistarif übereinstimmen, desto höher ist auch der prozentual übertragbare Anteil der Alterungsrückstellung.

Für Bestandsversicherte (vor 2009 in der PKV) gab es diese Möglichkeit nur bis 30. Juni 2009 beim Wechsel in den Basistarif eines anderen Versicherers. Seit dem 1. Juli 2009 gilt wieder die Regelung, die bis Ende 2008 bestand: Waren Sie schon vor 2009 in der PKV versichert, verlieren Sie bei einem Wechsel in den Basis- oder einen Normaltarif eines anderen Unternehmens sämtliche Alterungsrückstellungen. Bei einem Wechsel in einen Voll- oder Basistarif Ihres Versicherers hingegen, wird die Alterungsrückstellung wie bisher komplett übertragen.

Sie sind ein PKV-Neuversicherter? Dann gilt: Seit dem 1. Januar 2009 geschlossene PKV-Neuverträge müssen das Wechselrecht in den Basistarif jedes beliebigen Unternehmens mit Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung enthalten. Die bereits gebildeten Alterungsrückstellungen werden nur vollständig beim Wechsel vom Volltarif in den Basistarif des gleichen PKV-Unternehmens übertragen. Lediglich im Umfang des Basistarifs erfolgt die Übertragung beim Wechsel in die Volltarife oder den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens.

Wer den Anbieter wechseln will, muss deshalb selbst als Neukunde ab 2009 immer noch mit Verlusten rechnen.



**Tipp:** Als PKV-Bestandskunde sollten Sie grundsätzlich den Tarifwechsel innerhalb Ihres Versicherers anstreben. Auch als PKV-Neukunde seit 2009 sollten Sie zuerst einen Tarifwechsel prüfen und nicht vorschnell zu einem neuen Anbieter wechseln.

Beim Wechsel von der PKV in die GKV gibt es auch weiterhin keine Übertragung der Alterungsrückstellung. Auszahlen lassen können Sie sich die Alterungsrückstellung ebenfalls nicht.

### **Zusatztarif beim bisherigen und Basistarif beim neuen PKV-Unternehmen: Sinnvoll für seit 2009 neu in der PKV Versicherte?**

Wollen Sie als seit 2009 Privatversicherter in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens wechseln und sieht Ihr bisheriger Tarif bessere Leistungen als dieser vor, gilt: Sie können mit Ihrem „alten“ PKV-Unternehmen einen Zusatztarif vereinbaren, auf den Ihre über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung angerechnet wird. Der Beitrag für diese Zusatztarife fällt umso geringer aus, desto länger Sie bereits in der PKV sind. Diese Vorgehensweise dürfte aber kaum sinnvoll sein. Denn auch bei Ihrem jetzigen PKV-Unternehmen können Sie in den Basistarif wechseln und einen Zusatztarif vereinbaren.

Sie müssen beispielsweise von der PKV in die GKV zurück, weil Sie versicherungspflichtig geworden sind. Das kann der Fall sein, wenn Ihr Einkommen als Arbeitnehmer unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze sinkt. Möchten Sie sich dennoch die Option erhalten, künftig erneut in die PKV wechseln zu können? Dafür bietet sich die Umwandlung ihres „aktiven“ PKV-Vertrages in eine Anwartschaftsversicherung an, bevor Sie in die GKV wechseln. Nur so gelingt später in jedem Fall problemlos die Rückkehr in die PKV. Je nach Anbieter werden eine oder zwei Arten der Anwartschaftsversicherung (AWV) angeboten:

Die kleine AWV konserviert während der Dauer der Anwartschaft Ihren Gesundheitszustand. Entfällt der Grund für Ihre Anwartschaft, wird der Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung, aber unter Berücksichtigung des neuen Eintrittsalters zum Zeitpunkt der Umstellung, aktiviert. Alle zwischenzeitlich eingetretenen Krankheiten sind in Ihrem Versicherungsschutz eingeschlossen. Der Beitrag für diese kleine AWV liegt je nach Anbieter bei zirka vier bis zehn Prozent des Tarifbeitrages.

Die große AWV konserviert neben Ihrem Gesundheitszustand zusätzlich Ihr Eintrittsalter. Entfällt der Grund für Ihre Anwartschaft, wird der Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters aktiviert. Damit das möglich ist, wird die Alterungsrückstellung (Sparanteil der Versicherungsprämie) während der Anwartschaftsdauer weiter angespart. Deshalb liegt der Beitrag für eine große Anwartschaftsversicherung bei 30 bis 60 Prozent des Tarifbeitrages.

Anstelle einer Anwartschaftsversicherung bieten einige Versicherungsunternehmen für die Dauer der Arbeitslosigkeit eine befristete „Ruhensvereinbarung“ ohne Beitragszahlung an.

**Anwartschaftsgründe:** Der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung ist möglich, wenn Sie etwa einen dieser Anwartschaftsgründe haben:

- vorübergehende Versicherungspflicht in der GKV
- Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung in der GKV
- Anspruch auf freie Heilfürsorge
- vorübergehender Auslandsaufenthalt
- Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (Krankentagegeldversicherung)
- Eintritt der Berufsunfähigkeit (Krankentagegeldversicherung)

Fällt Ihr Anwartschaftsgrund weg, müssen Sie die Anwartschaftsversicherung innerhalb von drei Monaten wieder in aktive Tarife umwandeln.

Ohne Anwartschaftsversicherung und ohne erneute Gesundheitsprüfung wäre Ihnen nur eine sichere Rückkehr in den Basistarif der PKV möglich, weil für diesen Annahmewang besteht. Allerdings würde das den Verlust der zuvor angesammelten kompletten Alterungsrückstellungen bedeuten.

**Hinweis:** Zudem kann ohne eine Anwartschaftsversicherung unter bestimmten Umständen ggf. noch eine „Rückkehr“ in den vorherigen PKV-Tarif erfolgen, falls der Wechsel in die GKV scheitert:

Sie wechseln von der PKV in die GKV. Aber Sie erfüllen nicht die Vorversicherungszeiten für den GKV-Verbleib oder Ihre GKV-Mitgliedschaft scheitert. Dann gilt:

Sie können von Ihrem damaligen PKV-Versicherer verlangen, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu gleichen Tarifbedingungen erneut versichert zu werden. Die bis zu Ihrem Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind Ihnen auf Ihrem „erneuerten“ PKV-Vertrag gutzuschreiben.

**Voraussetzungen:**

- Ehemaliger PKV-Vertrag bestand vor Kündigung mindestens fünf Jahre ununterbrochen.
- Die Verpflichtung Ihres früheren PKV-Versicherers zu Ihrer Wiederaufnahme endet drei Monate nach Beendigung des Vertrages, wenn keine GKV zu Stande gekommen ist.
- Scheitert Ihr Verbleib in der GKV vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten, endet die Verpflichtung zur Wiederaufnahme spätestens zwölf Monate nach Ende des PKV-Vertrages.



**Mögliche – beispielhaft und nicht abschließende Fallkonstellationen – für eine Rückkehr in die GKV vor Vollendung des 55. Lebensjahres sind u.a.:**

- Die Rückkehr in die GKV ist für Arbeitnehmer grundsätzlich nur möglich, wenn ihr Bruttoverdienst unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze von 53.550 Euro (2014) sinkt. Sie werden dann in der GKV pflichtversichert. Waren Sie bereits Ende 2002 in der PKV versichert, müssen Sie unter 48.600 Euro im Jahr (2014) verdienen, damit Sie wieder in der GKV pflichtversichert werden
- Waren Arbeitnehmer bereits Ende 2002 in der PKV versichert, müssen sie unter 48.600 Euro (Jahresarbeitsentgeltgrenze für Bestandsversicherte in der PKV 2014) im Jahr verdienen, damit sie wieder in der GKV pflichtversichert werden.
- Beziehen Privatversicherte Arbeitslosengeld, werden Sie versicherungspflichtig in der GKV und müssen grundsätzlich in eine gesetzliche Krankenkasse wechseln. Aber Achtung: Bekommen Privatversicherte dagegen Arbeitslosengeld II, bleiben Sie weiterhin in der PKV versichert.
- Selbständige und Freiberufler kommen nur dann zurück in die GKV, wenn sie ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingehen und hauptberuflich als Arbeitnehmer tätig werden oder Ihre Selbstständigkeit komplett aufgeben. Außerdem muss ihr Bruttoverdienst unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 53.550 Euro (2014) liegen.

**Dennoch ist nicht in jeder Fallkonstellation nach einem Wechsel in die GKV auch ein dauerhafter Verbleib in dieser möglich. Wer z.B. bereits 55 Jahre alt ist, kann grundsätzlich nicht mehr in die GKV zurück. Allerdings kann es wenige Ausnahmefälle geben.**



**i-Tipp:** Bevor Sie einen Wechsel von der PKV zurück in die GKV vornehmen wollen, sollten Sie sich unabhängig beraten lassen, ob dies in Ihrem Fall möglich ist und unter welchen Voraussetzungen Sie in der GKV verbleiben können. Da es hierbei vor allem um Fragen des Sozialversicherungsrechts geht, empfehlen wir diesbezüglich eine Beratung durch Sozialversicherungsexperten – wie kostenfrei durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland ([www.upd.de](http://www.upd.de)) oder gegen Honorar durch gerichtlich zugelassene Rentenberater ([www.rentenberater.de](http://www.rentenberater.de)) oder Fachanwälte für Sozialrecht – in Anspruch zu nehmen. Auch die gesetzlichen Krankenkassen beraten sie kostenfrei.



Die nachstehende Auflistung der Leistungen enthält nicht alle Leistungen der GKV und PKV. Sie ist daher nicht abschließend.

### Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

**GKV:** Freie Wahl unter den Vertragsärzten, Behandlung in der Regel gegen Vorlage der Chipkarte, Arzt rechnet direkt mit Krankenkasse ab.

**PKV:** Freie Wahl unter allen Ärzten (aber im Basistarif nur unter Vertragsärzten der GKV mit Kassenzulassung), Behandlung gegen Privatrechnung, Versicherter reicht Rechnung bei Versicherung zur Kostenerstattung ein.

### Psychotherapie

**GKV:** Außer Ärzte können auch Psychotherapeuten aufgesucht werden, selbst wenn nach Art der notwendigen Therapie viele Sitzungen nötig sind. Prinzipiell mitversichert ist auch die stationäre Psychotherapie.

**PKV:** Meistens werden nur wenige Sitzungen akzeptiert. Oft sind das lediglich 20 bis 30 Besuche im Jahr. Nur selten wird eine unbegrenzte Anzahl genehmigt. Teilweise sind Behandlungen durch Psychotherapeuten sogar ganz ausgeschlossen. Oft ist vorab eine schriftliche Bewilligung erforderlich. Stationäre Psychotherapie wird vielfach nur im begrenzten Umfang, zum Beispiel für 30 Tage im Jahr sowie nach vorheriger Genehmigung übernommen. Einige Versicherer bieten diese Lösung gar nicht an.

### Krankenhausbehandlung

**GKV:** Behandlung durch alle Ärzte in den Abteilungen, Mehrbettzimmer, Zuzahlung pro Tag 10 Euro (maximal für 28 Tage im Jahr).

**PKV:** Mindestens wie in der GKV ohne Zuzahlung. Aber abhängig vom gewählten Tarif können auch Behandlungen durch Chefärzte und Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer mitversichert sein.

### Kur- und Rehabilitationsmaßnahme

**GKV:** Ambulante Kurleistungen in anerkannten Kurorten. Übernahme der medizinischen Anwendungen und täglicher Zuschuss von bis zu 13 Euro für Unterkunft, Verpflegung sowie An- und Abreise, bei chronisch kranken Kleinkindern bis zu 21 Euro. Stationäre Kur- und Rehabilitationsmaßnahme: Übernahme der Behandlung und Unterbringung, dabei Zuzahlung wie im Krankenhaus. Leistungsanspruch allenfalls alle vier Jahre für eine maximal dreiwöchige Kur.

**PKV:** Leistungen für ambulante und/oder stationäre Kuren sind nur teilweise enthalten. Jedoch kann oft ein zusätzlicher Kurtarif abgeschlossen werden.

### Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

**GKV:** Zuzahlungsfrei innerhalb der gesetzlich eingeführten Programme.

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

### Arzneimittel

**GKV:** Rezeptpflichtige Arzneimittel: Zuzahlung zehn Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro; falls Kosten unter fünf Euro, ist der tatsächliche Preis zu zahlen. Rezeptfreie Arzneimittel: Keine Erstattung durch GKV (Ausnahmen unter Umständen vor allem bei Kindern und Schwerstkranken möglich, dann aber gleiche Zuzahlungsregelung wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln)

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

### Brillen und Kontaktlinsen

**GKV:** Erstattungen gibt es nur noch für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für sehr stark Sehbehinderte.

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

### Hilfsmittel

**GKV:** Das Hilfsmittelverzeichnis ist einem offenen Hilfsmittelkatalog ähnlich, Zuzahlung zehn Prozent vom Rechnungsbetrag, mindestens fünf Euro, höchstens zehn Euro.

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

### Heilmittel

**GKV:** Heilmittelverzeichnis im Umfang eingeschränkt, Zuzahlung zehn Prozent der Kosten und zehn Euro je Verordnung.

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

### Krankengeld

**GKV:** 70 Prozent des Bruttogehalts, maximal 90 Prozent vom Nettogehalt, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 48.600 Euro (2014).

**PKV:** Krankentagegeldtarif muss extra abgeschlossen werden: Die Höhe des Krankentagegeldes sollte dem Nettoeinkommen zuzüglich der Beiträge zur Kranken-, Pflege- und gesetzlichen Rentenversicherung entsprechen.

### Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

**GKV:** Bis zu zehn Tage pro Jahr und Kind pro Ehepartner, wenn das Kind mitversichert und noch unter zwölf Jahre alt ist, jedoch maximal 25 Tage pro Jahr und Ehepartner bei mehr als zwei Kindern. Bei Alleinerziehenden bis zu 20 Tage pro Jahr und Kind, aber maximal 50 Tage pro Jahr bei mehr als zwei Kindern.

**PKV:** Keine Leistung.

### Zahnersatz

**GKV:** Befundorientierte Festzuschüsse: mindestens 50 Prozent der Kosten für die Regelversorgung, allerdings bis zu 65 Prozent bei regelmäßiger Vorsorge mit Bonusheft möglich (zum Beispiel für metallische Kronen und Brücken); bei finanziellen Härtefällen auch doppelter Festzuschuss möglich, wenn das monatliche (Familien-) Bruttoeinkommen unter bestimmten Grenzen liegt.

**PKV:** Je nach Tarif zwischen 50 Prozent und 80 Prozent, häufig in den ersten Jahren Summenbegrenzung.

## Kieferorthopädie

**GKV:** 80 Prozent der Kosten grundsätzlich nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sind mehr als zwei Kinder im Haushalt, werden ab dem zweiten Kind 90 Prozent ersetzt. Nach erfolgreichem Behandlungsabschluss werden auch die restlichen Kosten erstattet. Es besteht nur bei Vorliegen der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) mit den Graden 3, 4 und 5 ein Leistungsanspruch.

**PKV:** Je nach Tarif beträgt die Kostenerstattung häufig 60 bis 80 Prozent der Kosten, ohne Altersbegrenzung.

## Unkonventionelle (alternative) Heilmethoden

**GKV:** Werden nur unter bestimmten Voraussetzungen und ausnahmsweise bezahlt, wenn sie von einem Vertragsarzt erbracht werden. Keine Heilpraktikerbehandlung.

**PKV:** Werden lediglich unter bestimmten Voraussetzungen als Ausnahme übernommen, wobei je nach Tarif oftmals auch Heilpraktiker und teilweise ein Katalog alternativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Ärzte eingeschlossen ist.

## Schutz im Ausland

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

**PKV:** Europaweiter Versicherungsschutz, mindestens ein Monat weltweite Geltung, die je nach Versicherer oftmals auch länger gilt oder gegen Mehrbeitrag verlängert werden kann.

## Fahrtkosten

**GKV:** Ambulant möglich in einigen Fällen, wie Pflegestufe II und III oder gelegentlich bei Schwerbehinderung, nach ärztlicher Verordnung und Bewilligung der GKV, medizinisch notwendige Krankentransporte und Rettungsfahrten zum Krankenhaus in Notfällen ohne Verordnung. Zuzahlung zehn Prozent, mindestens fünf und maximal zehn Euro.

**PKV:** Je nach Tarif bei ambulanter Heilbehandlung, möglich in einigen Fällen, wie Chemotherapie, Dialyse, Gehunfähigkeit oder Notfällen, meistens Hin- und Rücktransport zum oder vom Krankenhaus.

## Pflegepflichtversicherung

**GKV:** Soziale Pflegeversicherung bei der gewählten Krankenkasse, einkommensabhängige Beiträge bis maximal zur Beitragsbemessungsgrenze (Beitragsatz 2,05 Prozent seit 1. Januar 2013). Aber Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres müssen zusätzlich einen Beitragssatz von 0,25 Prozent zahlen, damit beträgt ihr Beitragssatz 2,30 Prozent).

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

**Anmerkungen:** Die Leistungen des Basistarifs der PKV sind mit denen der GKV weitgehend vergleichbar.

In der GKV zahlen Sie als Single mit einem Monatsverdienst ab 4.050,00 Euro (2014) aufwärts den Höchstbetrag von monatlich rund 628 Euro (2014). Für die Beitragsberechnung sind allein Ihr Einkommen, der Beitragssatz (2014: 15,5 Prozent) und die Beitragsbemessungsgrenze (2014: 4.050,00 Euro monatlich) maßgeblich. Allerdings kann ein Zusatzbeitrag hinzukommen. Alter, Gesundheitszustand und Geschlecht spielen keine Rolle. Bezahlen Sie als Arbeitnehmer den Höchstbetrag von monatlich rund 628 Euro (2014), bekommen Sie einen Zuschuss von Ihrem Arbeitgeber für die Krankenversicherung von rund 296 Euro im Monat. Sie selbst müssen rund 332 Euro bezahlen, somit rund 36 Euro mehr als Ihr Arbeitgeber. Denn Sie tragen 8,2 Prozent vom Beitragssatz, Ihr Arbeitgeber dagegen nur 7,3 Prozent. Liegt Ihr Monateinkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze errechnet sich der Arbeitgeberzuschuss so – Beispiel:

**Monatliches Brutto:** 2.500 Euro x 15,5% = 387,50 Euro (GKV-Gesamtbeitrag)  
 Davon trägt der Arbeitgeber: 182,50 Euro (2.500 Euro x 7,3%)  
 Sie übernehmen dagegen: 205,00 Euro (2.500 Euro x 8,2%)

Für eine private Krankenversicherung muss ein/e dreißigjährige/r Frau oder Mann durchschnittlich bei Regelleistung im Mehrbettzimmer im Krankenhaus (allgemeine Pflegeklasse) 500 Euro monatlich an Prämie zahlen, bei Unterbringung im Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung 560 Euro. Der Leistungsumfang richtet sich dabei nach den jeweiligen Tarifen der Krankenversicherer, wobei eine jährliche Selbstbeteiligung von bis zu 500 Euro, gute Zahnersatzleistung und 90 Euro Krankentagegeld pro Tag ab dem 43. Tag zu Grunde gelegt sind. Der Arbeitgeber zahlt die Hälfte dazu, allerdings maximal rund 296 Euro. Der Beitragszuschuss des Arbeitgebers liegt hier bei 250 oder 280 Euro.

**Fazit:** Eine PKV kann allenfalls für einen „ewigen Single“ in Frage kommen, der sich schon früh im Leben sicher ist, dass er nicht heiraten oder eine eingetragene Partnerschaft eingehen wird und keine Kinder haben will. Dies trifft auch auf Eheleute und eingetragene Lebenspartner ohne Kinder zu. Dabei ist auch hier zu beachten, dass mit zunehmendem Alter – auch im Rentenalter – die Beiträge meist stark steigen. Daher muss die PKV nicht unbedingt die bessere Lösung sein. In der GKV sinken die Beiträge hingegen meistens im Rentenalter aufgrund des dann häufig geringeren Einkommens. Insofern sollten auch diese Personengruppen den Verbleib in der GKV ernsthaft erwägen und anstreben. Denn ob sie durch Anlage der Differenz zwischen dem zumindest anfänglich niedrigeren PKV-Beitrag und dem höheren GKV-Beitrag die künftigen Beitragserhöhungen auffangen können, ist sehr fraglich.

In der GKV ist Ihr Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner ohne oder mit nur geringem eigenem Einkommen (maximal 395 Euro Gesamteinkommen oder 450 Euro [Mini-Job] im Monat) in der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert. Das gilt auch für Ihre Kinder unter bestimmten Voraussetzungen bis zur Vollendung deren 25. Lebensjahres. Ohne Altersbegrenzung sind sie mitversichert, wenn sie behindert sind und sich nicht selbst unterhalten können. Der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner mit einem nicht erwerbstätigen Ehepartner oder eingetragenen Lebenspartner sowie zwei Kindern zahlt den gleichen Monatsbeitrag wie ein Single, nämlich maximal rund 628 Euro (Höchstbeitrag). Ihr Arbeitgeber übernimmt davon rund 296 Euro. Sie als Arbeitnehmer zahlen hingegen fast 332 Euro im Monat.

## Beitragsfreie Familienversicherung in der GKV –

### Wann möglich?

Ehegatten, Kinder und eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner können beitragsfrei in der Familienversicherung mitversichert werden. Voraussetzungen:

- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland
- keine eigene Versicherungspflicht oder freiwillige Versicherung
- keine eigene Versicherungspflicht oder Befreiung von derselben (Ausnahme: Studenten oder Praktikanten)
- keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit
- kein Gesamteinkommen, welches 2014 regelmäßig maximal 395 Euro oder für geringfügig Beschäftigte 450 Euro im Monat überschreitet

### Kinder sind unter diesen Voraussetzungen

#### beitragsfrei mitversichert

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder des Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Familienversicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst, einen Freiwilligendienst nach

dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer für die Dauer von höchstens zwölf Monaten, – ohne Altersbegrenzung, wenn sie behindert sind und nicht selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen können

**Fazit:**

Familien ein klarer Fall – GKV: Haben Sie eine Familie, sind Sie mit der GKV besser bedient, besonders wenn nur ein Elternteil verdient und/oder bei mehreren Kindern.

Alleinerziehende mit Kindern – GKV: Sie erziehen Ihre Kinder allein, dann ist die GKV normalerweise die richtige Krankenversicherung.

Kinder sind beitragsfrei bei ihren Eltern mitversichert, wenn beide Ehepartner eigenständige Mitglieder der GKV sind. Ist ein Ehepartner in der PKV versichert, hängt die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes in der GKV des anderen Ehepartners davon ab, wie viel der Privatversicherte verdient. Sind beide Ehepartner in der PKV versichert, kann das Kind nur in der PKV gegen einen eigenen Beitrag versichert werden.

Mutterschutz und Erziehungsurlaub: Privatversicherte Mütter haben während ihres Erziehungsurlaubes Beitrag zu entrichten. Selbst wenn der Ehegatte GKV versichert ist, besteht keine Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung im Erziehungsurlaub.

Bruttomonatseinkommen der Ehepartner	Versicherung Kind
Privatversicherter verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 53.550,00 Euro (4.462,50 Euro monatlich in 2014) und mehr als der GKV-Versicherte.	Kinder können beitragspflichtig in der PKV oder beitragspflichtig in der GKV versichert werden.
GKV-Versicherter verdient über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 53.550,00 Euro (4.462,50 Euro monatlich) und mehr als der Privatversicherte.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherter verdient maximal bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (!) von 53.550,00 Euro.	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.
Privatversicherter verdient maximal (!) 48.600,00 Euro (2014) im Jahr und war schon vor 2003 in der PKV versichert. Der GKV-Versicherte hat ein geringeres Einkommen	Kinder können beitragsfrei in der GKV versichert werden.

In der PKV muss z. B. ein Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner im Alter von 30 Jahren durchschnittlich für den nicht erwerbstätigen dreißigjährigen Ehepartner oder den eingetragenen Lebenspartner und zwei Kinder insgesamt vier PKV-Beiträge zahlen. Diese betragen monatlich bei Regelleistung im Mehrbettzimmer im Krankenhaus (allgemeine Pflegeklasse), einer jährlichen Selbstbeteiligung von bis zu 500 Euro, guten Zahnersatzleistungen und 90 Euro Krankentagegeld pro Tag ab dem 43. Tag für den erwerbstätigen Partner 500 Euro, 470 Euro für den nicht erwerbstätigen Partner (ohne Krankentagegeld) und jeweils 160 Euro pro Kind.

Bei Mitversicherung der Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus beläuft sich die monatliche PKV-Prämie für den erwerbstätigen Partner auf 560 Euro, für den nicht erwerbstätigen Partner (ohne Krankentagegeld) auf 530 Euro und für jedes Kind auf 170 Euro.

Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Monatsprämie von 1.290 Euro bzw. 1.430 Euro, wobei der Leistungsumfang vom jeweiligen Tarif abhängig ist. Bei Arbeitnehmern trägt der Arbeitgeber davon rund 296 Euro und die in der PKV versicherte Familie selbst rund 994 Euro bzw. 1.134 Euro.

### Unverheiratetes Paar – wo ist das gemeinsame Kind zu versichern?

Lebt ein Paar unverheiratet zusammen und bekommt ein gemeinsames Kind, gilt für die Krankenversicherung des Kindes:

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

Besteht für beide eine Mitgliedschaft in der GKV, ist das gemeinsame Kind beitragsfrei in der Kasse der Mutter versichert.

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

Ist die Frau in der PKV und der Mann in der GKV, kann das Kind beitragsfrei in der Kasse des Vaters versichert werden, wenn dieser eine Vaterschaftserklärung über das Vormundschaftsgericht abgibt. Eine beitragspflichtige Versicherung in der PKV der Mutter ist ebenso möglich.

**Anmerkung:** Haben Kinder eigene regelmäßige Einkünfte von mehr als 395 Euro (2014) im Monat, wozu auch Zins- und Mieteinnahmen gehören (oder als geringfügig Beschäftigte bis zu 450 Euro aus einem Mini-Job), ist eine beitragsfreie Mitversicherung in der GKV der Eltern oder eines Elternteils generell nicht möglich.

### Kindernachversicherung ab Geburt in der PKV

Bei Neugeborenen beginnt der private Krankenversicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate in der PKV versichert ist und die Anmeldung spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Zudem darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Liegen diese Voraussetzungen vor, besteht für den Versicherer ein Kontrahierungszwang. Das bedeutet, der Versicherungsantrag wird ohne Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge angenommen. Darüber hinaus werden für das Neugeborene die Wartezeiten gestrichen.

Als Beamter haben Sie meistens einen Beihilfeanspruch. Die Beihilfe ist der Zuschuss des Dienstherrn zu den Gesundheitskosten seiner Bediensteten. Sie übernimmt einen prozentualen Anteil der Krankheitskosten. Er ist abhängig vom Familienstand und dem jeweiligen Beihilfesystem des Landes oder des Bundes.

Meistens bekommen ledige Beamte 50 Prozent Beihilfe, berücksichtigungsfähige Ehepartner 70 Prozent und Kinder 80 Prozent. Berücksichtigungsfähig sind Kinder, für die Kindergeldanspruch besteht. In Einzelfällen kann ein anderer Beihilfesatz zum Tragen kommen. Näheres gilt es mit der Beihilfestelle zu klären. Ein eigener Anspruch auf Beihilfe oder eine eigene Versicherungspflicht in der GKV gehen allerdings der Berücksichtigung als Familienmitglied vor. Die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehepartnern ist an Einkommensgrenzen gebunden. Keine Beihilfe wird ihnen nach Bundes- und vielen Landesbeihilfen gewährt, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte 17.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung zur Beihilfe überstiegen hat. In manchen Fällen gilt für berücksichtigungsfähige Ehepartner weiterhin die Einkommensgrenze von 18.000 Euro. In einigen Bundesländern gelten allerdings andere Einkommensgrenzen. Hat der Beamte zwei oder mehr Kinder, bekommt er selbst auch 70 Prozent. Um die Kostendeckung von 100 Prozent zu erreichen, müssen Sie als Beihilfeberechtigter bei einem PKV-Versicherer Restkostentarife mit den jeweils erforderlichen Prozentsätzen abschließen.

Prinzipiell ist es nicht möglich, dass sich Beamte in der GKV versichern. Denn nach dem Sozialgesetzbuch sind sie versicherungsfrei. Die gesetzlichen Krankenkassen wenden aber „einen Trick“ an und behandeln Beamte wie Selbstständige, so dass die sich freiwillig in der GKV versichern können. Voraussetzung: Sie waren auch zuvor gesetzlich versichert. Die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist für Beamte jedoch selten sinnvoll, weil sie den vollen Beitragssatz selbst bezahlen müssten.

Ihr Dienstherr übernimmt nicht den halben Anteil am Beitrag und auch Ihr Beihilfeanspruch entfällt. Nur in wenigen Ausnahmefällen kann für Beamte eine freiwillige Versicherung in der GKV die richtige Lösung sein: Wenn z. B. Ihre Familie viele Kinder hat und/oder wenn wegen Vorerkrankungen Ihr Beitrag für eine PKV sehr hoch wäre. Für Beamte ist deshalb meistens eine private Restkostenkrankenversicherung sinnvoll.

Im Ruhestand erhöht sich Ihr Beihilfeanspruch auf 70 Prozent, wodurch die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sinken.

Für nicht beihilfefähige Restaufwendungen – wie zum Beispiel bei Brillen, Material- und Laborkosten für Zahnersatz – können Sie einen Beihilfeergänzungstarif abschließen.

Ihr Beihilfesatz ändert sich beispielsweise, wenn Ihre Kinder nicht mehr beihilfeberechtigt sind oder auch bei Scheidung. Immer wenn sich der Beihilfesatz ändert, muss der PKV-Schutz erhöht oder gesenkt werden. Verlangen Sie eine solche Anpassung, verzichtet Ihr Versicherer ausnahmsweise auch bei Erhöhung des Versicherungsschutzes auf eine erneute Gesundheitsprüfung.

**Voraussetzung:** Sie nehmen die Anpassung Ihres Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten nach Änderung Ihres Beihilfesatzes vor. Ihr PKV-Versicherer darf weder Risikozuschläge noch Ausschlüsse oder eine Ablehnung vornehmen. Diese Regelung gilt nicht bei Gewährung von Krankenversicherungsschutz im Basistarif.

Das Tarifwechselrecht innerhalb Ihres Versicherers gilt auch für Sie als Beamter. Ein Wechsel in den Standardtarif (nur für vor 2009 Privatversicherte) und in den Basistarif ist ebenfalls möglich. Der Beitrag ist hier begrenzt auf den Prozentsatz des Höchstsatzes der GKV. Beispiel: Beihilfe 70 Prozent und PKV-Basistarif 30 Prozent = rund 189 Euro Monatsbeitrag (2014).

## Öffnungsaktion - Kernpunkte

Viele private Krankenversicherer haben sich zu einem „freiwilligen Annahmewang“ verpflichtet. Diese Versicherer dürfen maximal einen Risikozuschlag von 30 Prozent bei Vorerkrankungen erheben. Leistungsausschluss oder eine Ablehnung erfolgt nicht. Diese Regelung können Sie als Beamtenanfänger nutzen, wenn Sie Ihren Krankenversicherungsantrag spätestens innerhalb eines halben Jahres nach Ihrer Verbeamtung stellen. Eine PKV darf nicht schon bestehen.

**Hinweis:** Beamte auf Widerruf können in den Basistarif aufgenommen werden. Werden Sie später zu Beamtenanfängern, dann können Sie im Rahmen der Öffnungsaktion ebenfalls zu erleichterten Bedingungen in einen Normaltarif ihres Versicherers wechseln.

Zudem bezieht sich das Öffnungsangebot für bestimmte Beamtenanfänger auf eine Anwartschaftsversicherung, z. B. für Beamte der Polizei, der Feuerwehr oder auch Zeit- und Berufssoldaten.

Auch besteht für bisher in der GKV freiwillig versicherte Beamte und deren Angehörige die Möglichkeit, jederzeit gegen einen Zuschlag von maximal 30 Prozent wegen Vorerkrankungen in die PKV zu wechseln. Voraussetzung: Bereits am 31. Dezember 2004 bestand ein Dienstverhältnis – außer einem Beamtenverhältnis auf Widerruf.

Werden durch die jeweilige Beihilfestelle auch Kosten für die Wahlleistungen – wie z.B. Unterbringung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung – erstattet, so sind diese Leistungen auch Bestandteil des Versicherungsschutzes im Rahmen der Öffnungsaktion, ansonsten aber nicht.

Die Öffnungsaktion gilt aber nicht für Beihilfeergänzungstarife.

Entfällt der Beihilfeanspruch, weil der Beamte aus dem Beamtenstatus ausscheidet, und wechselt er in einen leistungsähnlichen Tarif seines Versicherers, hat weiterhin die Begrenzung des Risikozuschlages Gültigkeit. Dies gilt aber nur, soweit dies innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung beantragt wird

Wichtig ist, dass bereits bei Antragstellung eine Aufnahme im Rahmen der Öffnungsaktion verlangt wird. Anderenfalls gelten die erleichterten Bedingungen nicht. Weitere Einzelheiten können Sie der Broschüre des PKV-Verbandes zur Öffnungsaktion entnehmen, die Sie unter <https://www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/oeffnungsaktion-der-pkv-fuer-beamte-und-angehoerige/> herunterladen können.

### Beamtenanwärter

Für Beamtenanwärter, also Beamte auf Widerruf, gibt es besonders günstige Anwärtertarife. Im Leistungsumfang unterscheiden sie sich entweder gar nicht oder nur unwesentlich von Normaltarifen für Beamte. Ein Beispiel: Der PKV-Beitrag für einen Referendar oder Referendarin in Hamburg mit Beihilfeanspruch von 50 Prozent im Alter von 26 Jahren beläuft sich auf rund 60 bis 120 Euro monatlich, wenn der stationäre Tarif die Unterbringung im Krankenhaus wie ein gesetzlich Versicherter vorsieht. In der GKV ist bei Referendarbezügen von beispielsweise monatlich 1.000 Euro ein Monatsbeitrag von 155 Euro (2014) zu zahlen.

Als Beamtenanwärter müssen Sie sich vor Beginn Ihrer Ausbildung oder Ihres Referendariats entscheiden, ob Sie sich freiwillig in der GKV oder privat versichern wollen. Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft ist jedoch nur möglich, wenn Sie bereits zuvor in der GKV versichert waren. Im Normalfall ist die private Krankenversicherung die bessere Alternative. Falls Sie allerdings nach Ende Ihrer Ausbildung nicht ins Beamtenverhältnis übernommen werden, ist Ihre Rückkehr in die GKV nur unter diesen Voraussetzungen möglich: Sie gehen ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis ein oder es ist eine Familienversicherung möglich. Andernfalls müssen Sie Ihre private Krankenversicherung innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall Ihres Beihilfeanspruches auf 100 Prozent aufstocken, um eine erneute Gesundheitsprüfung zu vermeiden.

Außerdem sollten Sie bei der Wahl des PKV-Versicherers immer neben den Beiträgen für Beamtenanwärter auch die danach geltenden Beiträge der normalen Tarife für Beamte berücksichtigen.

**Fazit:** Sind Sie Beamter, dann lohnt sich zumeist eine private Krankenversicherung für den prozentualen Anteil, der zusätzlich zur Beihilfe erforderlich ist. Dies gilt häufig auch für Beamtenehepaare mit Kindern.

### Polizisten, Soldaten und ähnliche Beamte

Als Angehöriger bestimmter Beamtengruppen haben Sie in vielen Bundesländern während Ihrer aktiven Dienstzeit Anspruch auf (freie) Heilfürsorge. Darunter wird die Übernahme von Krankheitskosten durch Ihren jeweiligen Dienstherrn verstanden. Sie ersetzt die gesetzliche oder private Krankenversicherung. (Freie) Heilfürsorge bekommen Sie etwa als:

- Zeit- oder Berufssoldat (auch als Wehr- und Zivildienstleistender)
- Bundespolizeibeamter (ehemaliger Bundesgrenzschutz)
- Polizeibeamter in einigen Bundesländern
- Berufsfeuerwehrbeamter in manchen Bundesländern

Eine Mitversicherungsmöglichkeit für Ihren Ehepartner und die Kinder wie in der GKV besteht bei der Heilfürsorge nicht. Ihre Angehörigen haben jedoch den gleichen Beihilfeanspruch wie die Familienmitglieder anderer Beamtengruppen: 70 Prozent für den berücksichtigungsfähigen Ehepartner sowie 80 Prozent für die Kinder. Haben die Familienangehörigen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe oder eine eigene Versicherungspflicht in der GKV, geht diese vor. Für die verbleibenden Differenzkosten ist eine private

Restkostenkrankenversicherung Pflicht. Eine freiwillige Versicherung Ihres Ehepartners und der Kinder in der GKV ist nur möglich, wenn sie bisher bei Ihnen in der Familienversicherung der GKV eingeschlossen waren. Ihre Angehörigen haben dann jeder einen eigenen Beitrag zu zahlen. Das ist oft viel teurer als zusätzlich zur Beihilfe eine private Restkostenkrankenversicherung abzuschließen.

Einige Bundesländer haben auch für Polizei- und Feuerwehrbeamte das System der Heilfürsorge abgeschafft. Stattdessen haben sie dafür die Versorgung ausschließlich über die Beihilfe eingeführt. Die Feuerwehr- und Polizeibeamten müssen, um eine Kostenabdeckung von 100 Prozent zu erreichen, private Restkostentarife mit den jeweils erforderlichen Prozentsätzen abschließen.

Die Leistungen der Heilfürsorge sind mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Es kann sinnvoll sein, dass Sie sich ergänzend über private Krankenzusatzversicherungen Gedanken zu machen.

Wie sieht es mit Ihrem Krankenversicherungsschutz nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst aus?

Ihr Anspruch auf Heilfürsorge erlischt. Jedoch besteht ab Beginn der Pensionierung ein Anspruch auf Beihilfe. Dieser macht Ihre zusätzliche Absicherung in einem privaten Beihilferestkostentarif erforderlich. Deshalb sollten Sie als Beamter schon mit Beginn Ihres Heilfürsorgeanspruches eine Anwartschaftsversicherung auf die später benötigten Beihilfetarife abschließen. Nur so stellen Sie sicher, dass nach Ende Ihrer aktiven Dienstzeit die Anwartschaftsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine aktive private Krankenversicherung umgestellt wird. Ohne bestehende Anwartschaft bleibt für Sie meistens nur noch die Aufnahme im Basistarif für Beihilfeberechtigte.

Die Pflegepflichtversicherung müssen Sie grundsätzlich bei demselben Versicherer abschließen, bei dem die Anwartschaftsversicherung für Ihre private Krankenversicherung besteht. Sie ist beitragspflichtig und kann nicht als Anwartschaftsversicherung geführt werden. Besteht jedoch keine Anwartschaftsversicherung für eine PKV, gilt: Als Heilfürsorgeberechtigter bleiben Sie weiterhin in der gesetzlichen (sozialen) Pflegeversicherung beitragspflichtig versichert, wenn Sie zuvor in der GKV versichert waren.

Ehemalige Zeitsoldaten: Sie erhalten nach ihrem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst für einen bestimmten Zeitraum Übergangsgebühnisse. Der Zahlungszeitraum ist abhängig von der Dauer der Dienstzeit. Diese Gebühnisse belaufen sich auf 75 Prozent der früheren Dienstbezüge. Als ehemaliger Zeitsoldat werden Sie mit einem Versorgungsempfänger gleichgestellt. Deshalb haben Sie für diesen Zeitraum einen Anspruch auf Beihilfe in Höhe von 70 Prozent.

Alle Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen in Deutschland eingeschrieben sind, trifft die Pflicht zur Krankenversicherung. Sie müssen sich als Student Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung besorgen. Den Nachweis darüber müssen Sie der Hochschule bei Einschreibung vorlegen.

Es gibt nur wenige Ausnahmen: Sind Sie neben Ihrem Studium hauptberuflich erwerbstätig oder beziehen eine Rente (beispielsweise eine Waisenrente), dann müssen Sie sich als Arbeitnehmer oder Rentenempfänger selbst krankenversichern.

Für viele Studenten besteht aber die Möglichkeit, sich als Familienversicherter über die Eltern oder eventuell auch über ihren Ehepartner in der GKV zu versichern. Die beitragsfreie Mitversicherung bei einem Elternteil ist bis zum 25. Lebensjahr möglich. Diese verlängert sich bei Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung z. B. wegen des Ableistens des freiwilligen Wehrdienstes oder eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz um diesen Zeitraum. Voraussetzung für eine Familienversicherung ist, dass Ihr regelmäßiges Gesamteinkommen monatlich nicht maximal 395 Euro (2014) überschreitet oder Ihr Gesamteinkommen als „Mini-Jobber“ nicht über 450 Euro im Monat liegt.

## Wie viel kostet Sie die „Krankenversicherung der Studenten“ (KVdS) in der GKV?

Trifft für Sie keine der beschriebenen Ausnahmen zu, müssen Sie sich in der KVdS versichern. Ihr Monatsbeitrag nur für die gesetzliche Krankenversicherung beträgt bei allen Krankenkassen derzeit rund 65 Euro. Aber Achtung: Die Kassen dürfen auch für Sie einen Zusatzbeitrag erheben. Sie haben danach aber ein Sonderkündigungsrecht und können zu einer anderen Kasse wechseln, die noch keinen Zusatzbeitrag verlangt.

Ihren Beitrag haben Sie jeweils monatlich im Voraus an Ihre Krankenkasse zu zahlen. Wichtig: Erfüllen Sie Ihre Beitragspflicht nicht, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

**Bis wann ist die KVdS möglich?** Die Mitgliedschaft in der KVdS ist nicht unbegrenzt. Sie endet mit Ablauf des Semesters, in dem Sie das 14. Fachsemester oder das 30. Lebensjahr vollendet haben. Darüber hinaus bleiben Studenten nur versicherungspflichtig, wenn die Art des Studiums sowie familiäre oder persönliche Gründe, ein Überschreiten der Semesterzahl oder der Altersgrenze rechtfertigen. Beispiel: Sie erkranken längerfristig schwer, arbeiten in Hochschulgremien mit oder betreuen behinderte Familienangehörige. Liegen solche oder ähnliche Gründe vor, sollten Sie Ihre Krankenkasse nach Verlängerung der KVdS fragen.

Ist das nicht der Fall, müssen Sie sich freiwillig in der GKV weiter versichern. Dafür haben Sie drei Monate nach Ende der KVdS Zeit. Diese Frist sollten Sie unbedingt einhalten, denn danach darf die gesetzliche Krankenkasse Sie nicht mehr aufnehmen.

Entscheiden Sie sich für die freiwillige Weiterversicherung in der GKV, gilt: Liegt Ihr monatliches Gesamteinkommen nicht über zurzeit rund 922 Euro (2014) (Mindestbemessungsgrundlage für sonstige freiwillige Versicherte), zahlen Sie in dieser Übergangsphase den Mindestbeitrag von etwas mehr als 142 Euro im Monat.

**Besonderheit – Befreiung von der KVdS möglich:** Als Student können Sie sich in den ersten drei Monaten Ihres Studiums von der Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen. Aber tun Sie das, dann kommen Sie während des Studiums nicht mehr in die GKV zurück. Diese Befreiung kann höchstens sinnvoll sein, wenn Sie bereits eine PKV besitzen. Besteht diese als private Restkostenversicherung (aufgrund des Beihilfeanspruches Ihrer Eltern), ist sie meistens günstiger als die gesetzliche KVdS. Allerdings ändert sich das, wenn der Kindergeldanspruch Ihrer Eltern während Ihres Studiums wegfallen sollte. Dann müssen Sie auf einen hundertprozentigen privaten Krankenversicherungsschutz umstellen. Und das am besten binnen sechs Monaten, weil nur dann keine Gesundheitsprüfung erforderlich wird. Das hat sonst einen höheren Beitrag zur Folge, der meistens über dem Niveau der GKV liegt. Das gilt ebenso, wenn die PKV schon vor Ihrem Studium einen Schutz zu 100 Prozent beinhaltete.

## Welche Möglichkeiten bieten die privaten

### Krankenversicherer?

Neben den Normaltarifen mit Alterungsrückstellungen bieten ganz wenige Versicherer auch eine spezielle private studentische Krankenversicherung (PSKV) an. Die Leistungen dieses Tarifs sind aber deutlich niedriger als bei den normalen privaten Vollkostentarifen. Sie sind in etwa mit denen der GKV vergleichbar. Die Monatsbeiträge belaufen sich bis zum Alter von 24 Jahren auf rund 77 Euro sowie bis 29 Jahre auf rund 100 Euro und in höherem Alter auf 92 Euro (Stand April 2014). Damit liegt der Beitrag für die PSKV deutlich über dem für die KVdS. Eine Versicherung in diesem Tarif ist bis zum 34. Lebensjahr möglich, eine Neuaufnahme teilweise allerdings nur bis zum 30. Lebensjahr.

Sind Sie bereits vor Ihrem Studium in der PKV versichert und entscheiden sich bei Studienbeginn für die GKV, beachten Sie bitte: Eine Anwartschaftsversicherung kann eine Option sein, falls Sie sich die Möglichkeit der späteren problemlosen Rückkehr – ohne erneute Gesundheitsprüfung – in Ihren privaten Krankenversicherungsvertrag offen halten wollen.

Nach Beendigung des Studiums nehmen viele Hochschulabsolventen eine Beschäftigung als Arbeitnehmer auf und sind häufig aufgrund Ihres Einkommens in der GKV versicherungspflichtig. Waren Sie im Studium in der PKV versichert, können Sie diese in eine Anwartschaftsversicherung umstellen. Das ermöglicht es Ihnen, später ohne erneute Gesundheitsprüfung, in Ihre bisherigen Tarife bei der PKV zurückzukehren, falls Sie künftig nicht mehr in der GKV bleiben möchten und zu einem Wechsel in die PKV berechtigt sind.

## Krankenversicherungsschutz bei Auslandssemester?

Sie möchten ein oder zwei Semester im Ausland studieren, dann sollten Sie bei Ihrem Krankenversicherungsschutz bedenken:

Als gesetzlich Versicherter haben Sie in allen Ländern Krankenversicherungsschutz, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht. Das sind fast alle europäischen Staaten. In diesen Ländern haben Sie während des Auslandssemesters Anspruch auf sämtliche gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen des Gastlandes. Sie werden wie ein Einheimischer behandelt. Achtung: Leistungen wie teure privatärztliche Behandlungen oder ein medizinisch erforderlicher Rücktransport werden jedoch nicht erstattet. Deshalb ist es empfehlenswert, zusätzlich eine private Auslandsreisekrankenversicherung für einen längeren Aufenthalt zu haben.

Studieren Sie in einem Land, mit dem kein Sozialversicherungsabkommen existiert, wie das etwa bei den USA oder Kanada der Fall ist, haben Sie überhaupt keinen Anspruch auf Leistungen der GKV. Deshalb sollten Sie unbedingt für den Zeitraum Ihres Aufenthaltes dort eine spezielle private Reisekrankenversicherung für einen längeren Auslandsaufenthalt abschließen.

Für chronisch Kranke, die ihr Studium im Ausland fortsetzen wollen, besteht diese Möglichkeit: Ihnen werden die Behandlungskosten von der Krankenkasse immerhin nach Inlandssätzen erstattet. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass wegen der Vorerkrankungen ein privater Versicherungsschutz nachweislich nicht möglich ist und das vor Abreise in Ausland von der Kasse festgestellt wurde.

Vergleichen Sie die Angebote ganz genau: Die privaten Krankenversicherer bieten nämlich als längerfristige Auslandsreisekrankenversicherung sehr unterschiedliche Lösungen sowohl hinsichtlich des Leistungsumfangs als auch der Beitragshöhe an.

**PKV – im Alter immer teurer:** Trotz Alterungsrückstellungen ärgern sich privatversicherte Rentner über häufig steigende PKV-Beiträge. Wollen Sie als Ruhestandler sparen, bleibt allenfalls ein Tarifwechsel. Wählen Sie den so genannten Standardtarif (nur noch möglich, wenn vor 2009 eine PKV bestand) oder den Basistarif, sind Ihnen meist Leistungsabstriche sicher. Ein Wechsel in die GKV ist in der Regel nicht mehr möglich.

**In der GKV ist die Rente Maßstab:** Hier werden Ihre Kassenbeiträge auch im Rentenalter nach Ihrem Einkommen berechnet. Der Beitrag für pflichtversicherte Rentner errechnet sich aus der Rentenhöhe. Berücksichtigt werden die gesetzliche Rente und Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten oder Arbeitseinkommen. Bei freiwillig versicherten Rentnern werden zur Beitragsberechnung auch sonstige Einkünfte, wie Miet-, Zins- und Dividendeneinnahmen, bis zur Beitragsbemessungsgrenze (48.600 Euro für 2014) berücksichtigt.

Für den Arbeitgeberanteil kommt bei pflichtversicherten Rentnern die gesetzliche Rentenversicherung auf. Freiwillig gesetzlich versicherte Rentner tragen zwar den Beitrag selbst, bekommen aber auf Antrag von der gesetzlichen Rentenversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des halben Beitragssatzes der pflichtversicherten Rentner. Das setzt aber voraus, dass sie eine gesetzliche Rente erhalten.

Auf Betriebsrenten zahlen alle gesetzlich Versicherten den vollen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

**Privat versicherte Rentner:** Zu Ihrem Beitrag für die PKV bekommen Sie als Rentner einen Zuschuss vom Rentenversicherungsträger. Das setzt allerdings voraus, dass Sie eine gesetzliche Rente bekommen. Diesen Beitragszuschuss müssen Sie beantragen. Er beträgt 50 Prozent des Beitragssatzes der GKV bezogen auf Ihre gesetzliche Rente, maximal aber die Hälfte Ihres PKV-Beitrages. Seine Auszahlung erfolgt zusammen mit der Rente. Werden Sie als in der GKV versicherter Arbeitnehmer arbeitslos und bekommen Arbeitslosengeld, sind Sie versicherungspflichtig in der Gesetzlichen. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt die Zahlung der Beiträge. Das gilt auch beim anschließenden Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II).

Beziehen Sie als Privatversicherter Arbeitslosengeld, werden Sie versicherungspflichtig in der GKV und müssen in eine gesetzliche Kasse wechseln. Ausnahme: Sie waren in den vergangenen fünf Jahren vor Bezug des Arbeitslosengeldes in der PKV. Dann können Sie auf Antrag privat versichert bleiben, vorausgesetzt Sie lassen sich von der Versicherungspflicht in der GKV befreien. Aber Achtung: Diese Befreiung können Sie nicht widerrufen. Bekommen Sie als Privatversicherter dagegen Arbeitslosengeld II, bleiben Sie weiterhin in der PKV versichert.

Privatversicherte, die erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres Arbeitslosengeld beziehen, müssen in der PKV bleiben, wenn sie in den vergangenen fünf Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig waren.

Versicherungspflichtig werden aber Personen über 55 Jahre, die keine Absicherung im Krankheitsfall haben, jedoch zuletzt GKV versichert waren oder ihr zuzuordnen sind.



## Wie verhält es sich mit dem Beitrag in GKV und PKV?

**GKV – Beitragsbefreiung bei Krankheit:** In der GKV versicherten Arbeitnehmern zahlt die Kasse Krankengeld als Lohnersatz nach Wegfall der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall. Auch Selbstständige und Freiberufler bekommen Krankengeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, soweit sie ein Krankengeld mitversichert haben. Während des Krankengeldbezuges sind Sie als Empfänger dieser Leistung beitragsfrei versichert. Obwohl Sie keine Beiträge bezahlen, bekommen Sie unverändert alle Leistungen für sich und Ihre mitversicherten Angehörigen. Zusätzlich übernimmt die Krankenkasse ungefähr die Hälfte der Beiträge zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung, soweit diese anfallen.

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

**GKV – Beitragsfreiheit bei Mutterschaft möglich:** Bekommen Sie Mutterchafts- und Erziehungsgeld, sind Sie in der GKV beitragsfrei versichert, wenn Sie zuvor pflichtversichert waren und keine anderen Einkünfte haben. Renten, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen lösen allerdings eine Beitragspflicht aus. Das gilt auch, wenn Sie freiwillig in der GKV versichert sind, wobei aber zusätzlich für sonstige Einkünfte, wie Mieteinnahmen und Zinserträge, Beiträge zu zahlen sind. Achtung: Ist Ihr Ehepartner privat krankenversichert, werden die Beiträge für Ihre GKV von seinem Einkommen berechnet.

**PKV – Beitragspflicht auch bei Mutterschaft:** Privatversicherte bleiben während der Elternzeit beitragspflichtig in der PKV.

**Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit:** Können Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben, sinken Ihre Beiträge in der GKV meistens. Denn diese werden nach Ihrer Rente berechnet. Als Privatversicherter zahlen Sie dagegen trotz geringeren Einkommens die üblichen Beiträge weiter und müssen Steigerungen in Kauf nehmen.

## Was ist Krankentagegeld und Krankengeld?

Für privatversicherte Selbstständige, Freiberufler und Arbeitnehmer ist die private Krankentagegeldversicherung sehr wichtig. Sie ersetzt den Verdienstausschlag, wenn bei längerer Krankheit kein Einkommen erzielt werden kann. Keine Krankentagegeldversicherung brauchen Beamte, weil die auch bei längerer Krankheit finanziell abgesichert sind.

Arbeitnehmer bekommen mindestens für sechs Wochen Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber, manchmal auch länger.

Privatversicherte Arbeitnehmer sollten deshalb eine Krankentagegeldversicherung ab Wegfall der Lohnfortzahlung, normalerweise ab dem 43. Tag, abschließen.

GKV-versicherte Arbeitnehmer bekommen danach von ihrer Krankenkasse Krankengeld. Das ist grundsätzlich auf 78 Wochen wegen derselben Krankheit innerhalb von drei Jahren begrenzt. Es beläuft sich auf 70 Prozent des Bruttogehaltes, maximal jedoch auf 90 Prozent des Nettogehaltes. Das Krankengeld bemisst sich nach dem Einkommen, maximal aber begrenzt bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Alles was Sie über 4.050 Euro monatlich (2014) verdienen, wird bei der Krankengeldhöhe nicht berücksichtigt. Für freiwillig gesetzlich versicherte Arbeitnehmer mit höherem Einkommen entsteht im Krankheitsfall eine größere Lücke. Es kann sinnvoll sein, diese Differenz zwischen Krankengeld und Nettoeinkommen mit einer privaten Krankentagegeld-Police zu schließen.

Zwar können privatversicherte Selbstständige sich ab dem vierten Krankheitstag absichern. Aber in der Praxis bietet sich diese Möglichkeit nur bei sehr wenigen PKV-Unternehmen. Empfehlenswert ist sie jedoch nicht. Einerseits, weil die eigenen Reserven reichen sollten, um für eine bestimmte Dauer den Lebensunterhalt finanzieren zu können. Andererseits, weil der Schutz unverhältnismäßig teuer wäre. Oft kann ein Beginn nach einer Karenzzeit von vier oder sechs Wochen sinnvoll sein.

Die Höhe des Krankentagegeldes sollte sich an Ihrem Nettoeinkommen orientieren und die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung enthalten. Eine Staffelung des Tagegeldes nach unterschiedlichen Karenzzeiten bietet sich nur selten an, auch wenn dadurch der Beitrag niedriger ausfällt. Die private Krankentagegeldversicherung ersetzt nur den tatsächlichen Einkommensausfall im Krankheitsfall. Es gilt ein Bereicherungsverbot. **Gesetzlich versicherte Selbstständige können zwischen einigen**

**Alternativen wählen:** Seit 2009 können freiwillig in der GKV versicherte Selbstständige Krankengeld nur noch durch Wahltarife bei ihrer Kasse absichern. Dafür müssen Sie einen zusätzlichen Beitrag bezahlen. Der Beitragsatz für die Kasse ermäßigt sich dadurch auf 14,9 Prozent. Entscheiden Sie sich für einen Wahltarif Krankengeld, sind Sie drei Jahre an Ihre Kasse gebunden. Seit 1. August 2009 haben Sie zusätzlich eine weitere Option bei Ihrer Krankenkasse: Gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5 Prozent können Sie ein „gesetzliches Krankengeld“ ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wie ein Arbeitnehmer, versichern. Möchten Sie das, müssen Sie gegenüber Ihrer Kasse erklären, dass Ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung). Wünschen Sie ein Krankengeld, das früher gezahlt wird, können Sie dies weiterhin über den Abschluss von Wahlтарifen erzielen.

Liegt Ihr Einkommen als Selbstständiger über der in der GKV versicherbaren Höhe, beispielsweise über der Beitragsbemessungsgrenze, kann für Sie zusätzlich eine private Krankentagegeldversicherung wichtig werden.

Alternativ können Sie ganz auf die Wahl des Krankengeldes verzichten, zahlen dafür nur den ermäßigten Beitragssatz in der GKV. Stattdessen sollten Sie dann wie Privatversicherte Ihren Verdienstausschlag über eine private Krankentagegeldversicherung absichern.

Das kann günstiger sein und zugleich den Vorteil haben, dass tariflich meistens eine unbefristete Dauer vorgesehen ist. Auch hier müssen Sie sich entscheiden, ab welchem Zeitpunkt die Krankentagegeldversicherung eintreten soll. Die Höhe sollte sich ebenfalls an Ihrem Nettoeinkommen orientieren. Hinzuzurechnen sind die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und/oder Rentenversicherung. Eine Staffelung des Tagegeldes ist auch hier nur im Einzelfall sinnvoll.



**-Tipp:** Achten Sie darauf, dass Sie ein privates Krankentagegeld ohne weitere Gesundheitsprüfung erhöhen können, falls Ihr Einkommen steigt.

**Anmerkung:** Während des Krankengeldbezuges müssen Sie als GKV-Versicherter keine Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen, sondern nur zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Als Privatversicherter dagegen zahlen Sie Ihre Beiträge zur PKV weiter.



**Privatversicherte:** Innerhalb Europas besteht für Sie zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz (Europageltung). Darüber hinaus haben Sie weltweit im ersten Monat eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz. Ist über diesen Zeitraum hinaus eine Heilbehandlung im Ausland medizinisch notwendig, besteht für längstens weitere zwei Monate Versicherungsschutz. Das gilt jedoch nur, wenn Sie die Heimreise aus Gesundheitsgründen nicht antreten können.

Außerdem wird von einigen Gesellschaften bisweilen gegen Zahlung eines Beitragszuschlages bei längeren Auslandsreisen gegebenenfalls der Versicherungsschutz mit oder ohne besondere Vereinbarung zeitlich ausgedehnt.

Sehen Ihre Tarife Leistungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport nach Deutschland vor, werden die Mehrkosten erstattet, die über die Kosten einer planmäßigen Rückreise hinaus entstehen. Medizinisch notwendig bedeutet in diesem Fall, dass bei Erkrankung oder Unfall im Ausland dort die medizinisch notwendige Versorgung nicht sichergestellt ist.

Enthält Ihre private Krankenversicherung keine Leistungen für den Rücktransport, empfiehlt sich unbedingt eine Auslandsreisekrankenversicherung. Sie kann zudem ratsam sein, um einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht zu gefährden. Auch wenn Sie einen hohen Selbstbehalt vereinbart haben, kann sich der zusätzliche Auslandsschutz lohnen.

**GKV-Versicherte:** Versicherungsschutz haben Sie als gesetzlich Versicherter bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland, wie zum Beispiel im Urlaub. Allerdings nur, wenn ein Sozialversicherungsabkommen mit Ihrem Gastland besteht. Das gilt für die meisten europäischen Staaten und einige weitere Länder wie Israel, Türkei und Tunesien. Sie müssen nachweisen, dass Sie in Deutschland krankenversichert sind. Dafür stellt Ihre Kasse Ihnen die so genannte European Health Insurance Card (EHIC) aus.

Die Leistungen richten sich nach den Regelungen des Urlaubslandes. Deshalb werden Sie genauso behandelt wie ein Einheimischer. Das können geringere Leistungen sowie höhere Zuzahlungen bedeuten. Außerdem kommt es in einigen Ländern vor, dass Sie die Behandlungskosten zunächst vorschießen müssen. Häufig gibt es Probleme bei der Akzeptanz der Auslandskrankenkarte. Müssen Sie deshalb die Rechnung im Ausland bezahlen, reichen Sie diese später bei Ihrer Kasse ein. Die deutschen Krankenkassen erstatten aber grundsätzlich nur nach den Gebührensätzen der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem Sie sich während Ihres Urlaubes

vorübergehend aufhielten. Es ist durchaus möglich, dass Sie auf einem Teil der Auslagen sitzen bleiben. Den Rücktransport bezahlen die Kassen nicht.

**Anmerkung:** Fahren Sie als gesetzlich Versicherter gezielt für eine ambulante Behandlung ins EU- oder EWR-Ausland oder die Schweiz, brauchen Sie keine Genehmigung von Ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung. Dennoch ist diese zu empfehlen. Bei einem geplanten stationären Krankenhausaufenthalt in diesen Ländern muss Ihre Kasse dagegen der Kostenerstattung vorher zustimmen. Wichtig für Sie ist, dass in diesen Fällen von Ihrer Kasse höchstens die Kosten in der Höhe übernommen werden, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären.

 **Tipp:** Reisen Sie ins Ausland, ist eine Auslandsreisekrankenversicherung sehr empfehlenswert. Fahren Sie in Länder, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, sollten Sie auf keinen Fall auf sie verzichten.

Informieren Sie sich bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse über Besonderheiten im Urlaubsland. Merkblätter für einzelne Urlaubsländer können Sie bei der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland ([www.dvka.de](http://www.dvka.de) – Tel. 030 2062880) abrufen.

Bekommen Sie wegen Ihres hohen Alters oder wegen chronischer Erkrankungen keine Auslandsreisekrankenversicherung mehr, gilt: Ihre Kasse kann ausnahmsweise bis zu sechs Wochen jährlich Behandlungskosten auch in Ländern übernehmen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Voraussetzung dafür ist, dass eine akute Behandlung notwendig ist, die auch im Inland möglich wäre. Außerdem müssen Sie Ihrer Kasse vor der Reise nachweisen, dass Sie keine Auslandsreisekrankenversicherung bekommen haben. Zudem ist eine vorherige Zusage Ihrer Kasse über die Gewährung des Krankenversicherungsschutzes erforderlich. Allerdings darf die Kasse maximal nur Kosten bis zu der Höhe übernehmen, wie sie auch in Deutschland entstanden wären.

### Auslandsreisekrankenversicherung

Die Auslandsreisekrankenversicherung gewährleistet bei Erkrankungen und Unfällen weltweit im Ausland die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses. Vorhersehbare Behandlungen werden jedoch häufig ausgeschlossen. Was der Versicherer darunter versteht, sollte er klar in den Tarifbedingungen definiert haben. „Vorhersehbar“ ist beispielsweise eine Behandlung,

die schon für die Zeit der Auslandsreise geplant war oder die nach einer ärztlichen Diagnose schon vor Reiseantritt feststand. Einschränkungen der Leistungspflicht auf „unvorhergesehene“, „nicht absehbare“ oder „akute“ Erkrankungen sollten sich nicht in den Bedingungen stehen. Denn dadurch wird der Versicherungsschutz – besonders für chronisch Kranke – ausgehöhlt, weil sie aufgrund ihrer Erkrankung mit Behandlungen während der Auslandsreise rechnen müssen.

Erstattet werden die notwendigen Behandlungen beim Arzt und Zahnarzt, Krankenhausaufenthalte, Operationen und Medikamente. Ebenso werden Aufwendungen für den Transport nicht nur im Urlaubsland, sondern auch für den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Deutschland übernommen. Einige Anbieter bezahlen den Rücktransport auch, wenn nach Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage übersteigt. Am besten ist es, wenn der Versicherer bereits dann die Kosten eines Rücktransport übernimmt, wenn dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist. Wichtig: Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden angerechnet.

Sie haben die Wahl zwischen einer Jahres-Police oder einem Vertrag für nur eine Reise. Die maximale Reisedauer darf meistens 42 Tage nicht überschreiten. Planen Sie einen längeren Auslandsaufenthalt, müssen Sie eine spezielle Auslandsreisekrankenversicherung abschließen. Etwa die Hälfte der PKV-Unternehmen sehen Altersgrenzen vor. Sie nehmen Personen nur bis zu einem bestimmten Eintrittsalter auf. Es erfolgt eine Aufteilung der Kunden nach Altersklassen. Senioren zahlen höhere Beiträge.

Für werdende Mütter gibt es Einschränkungen: Untersuchungen wegen Schwangerschaft, für Entbindung oder für Schwangerschaftsabbruch werden nicht bezahlt. Das gilt aber nicht bei akut auftretenden Komplikationen.

Die Beiträge für eine Auslandsreisekrankenversicherung sind sehr günstig. Ab einem bestimmten Alter wird jedoch ein Alterszuschlag erhoben. Je nach Anbieter wird dieser ab 60, 65 oder 70 Jahren erhoben. Manche Anbieter verlangen z. B. ab 75 Jahre einen weiteren Zuschlag. Ein Selbstbehalt lohnt sich bei diesen geringen Beiträgen nicht.

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

**Bund der Versicherten e. V. (BdV)**

Postfach 11 53, 24547 Henstedt-Ulzburg  
Tel. 04193 99040 (für Mitglieder), Tel. 04193 94222 (für Nichtmitglieder)  
Fax 04193 94221  
E-Mail [info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de)  
Internet [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

**Beschwerden können Sie sich bei:**

**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**

Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn  
Verbrauchertelefon 0228 29970299, Fax 0228 41081550  
E-Mail [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de), Internet [www.bafin.de](http://www.bafin.de)

**Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung**

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin  
Tel. 0180 2 550444 (6 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz bzw. 42 ct/m aus den Mobilfunknetzen), Fax 030 20458931  
Internet [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

**Für GKV-Versicherte:**

**Bundesversicherungsamt für GKV**

Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn  
Tel. 0228 6190, Fax 0228 6191870  
E-Mail [poststelle@bva.de](mailto:poststelle@bva.de), Internet [www.bva.de](http://www.bva.de)

**Hilfe bei Problemen mit der GKV können Sie bekommen bei:**

**Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

Littenstr. 10, 10179 Berlin  
Tel. 030 20089233, Fax 030 200892350  
E-Mail [info@patientenberatung.de](mailto:info@patientenberatung.de)  
Internet [www.unabhaengige-patientenberatung.de](http://www.unabhaengige-patientenberatung.de)

**Sozialverband VdK Deutschland e. V.**

In den Ministergärten 4, 10117 Berlin  
E-Mail [kontakt@vdk.de](mailto:kontakt@vdk.de), Internet [www.vdk.de](http://www.vdk.de)

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

Stralauer Str. 63, 10179 Berlin  
Tel. 030 7262220, Fax 030 726222311  
E-Mail [contact@sozialverband.de](mailto:contact@sozialverband.de), Internet [www.sovd.de](http://www.sovd.de)

**Bundesverband der Rentenberater e. V.**

Potsdamer Str. 86, 10785 Berlin  
Tel. 030 62725502, Fax 030 62725503  
E-Mail [info@rentenberater.de](mailto:info@rentenberater.de), Internet [www.rentenberater.de](http://www.rentenberater.de)

**Bei Fragen zur GKV wegen eines Auslandsaufenthaltes können Sie sich wenden an die:**

**GKV-Spitzenverband**

**Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA)**

Pennefeldsweg 12 c, 53177 Bonn  
Tel. 0228 95300, Fax 0228 9530600  
E-Mail [post@dvka.de](mailto:post@dvka.de), Internet [www.dvka.de](http://www.dvka.de)

**Noch mehr Anlaufstellen ...**

**Bürgertelefon zur gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit**

Tel. 030 3406066-01

**Bürgertelefon zur gesetzlichen Pflegeversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit**

Tel. 030 3406066-02

**Staatssekretär Karl-Josef Laumann**

**Patientenbeauftragter der Bundesregierung**

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
Tel. 030 184413420, Fax 030 184413422  
Internet [www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de)

**Informationen des Bund der Versicherten e. V.**

Telefon: 04193 9904-0 (für Mitglieder)  
Telefon: 04193 94222 (für Nichtmitglieder)  
Fax: 04193 94221  
[info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de) | [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)

**Informationen des Bundes der Versicherten e. V.**

Telefon: 04193 9904-0 (für Mitglieder)  
Telefon: 04193 94222 (für Nichtmitglieder)  
Fax: 04193 94221

[info@bunddersicherten.de](mailto:info@bunddersicherten.de) | [www.bunddersicherten.de](http://www.bunddersicherten.de)